

Colitis quística profunda: Caso clínico

Rodolfo Plass C.⁽¹⁾, Carolina Pávez O.⁽²⁾ y Paulina Balbontín M.⁽¹⁾

COLITIS CYSTICA PROFUNDA: REPORT OF A CASE

A 56 year old woman without a history of colonic symptoms, with a family history of colorrectal cancer was submitted to a survey colonoscopy. Endoscopic findings suggested a sub-mucosal lesion. Trans-rectal endoscopic ultrasound showed the presence of cystic lesions containing liquid and gas. Colitis cystica profunda. (CCP) is a rare benign lesion usually localized in the rectum and sigmoid colon. Different types are described as localized, segmented and diffuse forms. The differential diagnoses are extensive and include polyps and different malignant lesions. Symptoms are variable and non specific, association to other pathological conditions including rectal prolapse and solitary rectal ulcer are observed. The different options of treatment are analyzed.

Key words: Cystic, colitis.

Introducción

La colitis quística profunda (CQP) es una lesión intestinal infrecuente^{1,2} que afecta principalmente el colon. Es una condición benigna caracterizada por quistes mucinosos localizados en la submucosa y muscular propia. Esta es probablemente la manifestación de una amplia gama de alteraciones que incluyen a la úlcera rectal solitaria y el prolapso rectal interno³.

Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 56 años de edad, con antecedentes familiares de cáncer de colon, sin sintomatología digestiva baja. Por sus antecedentes familiares se le realizó una colonoscopia que mostró pólipos diminutos de colon sigmoides y una lesión de aspecto

submucoso de colon descendente (Figuras 1 y 2).

La biopsia endoscópica de lesión submucosa mostró una colitis crónica con actividad de grado moderado y signos de reagudización focal.

Se solicita posteriormente una endosonografía (Figuras 3 y 4) que muestra lesiones quísticas con contenido líquido y aéreo: colitis quística profunda.

Comentario

Cuadro Clínico

Esta patología puede presentarse de una forma localizada, segmentaria o difusa^{4,5}. Predomina en hombres y generalmente afecta el recto medio y el sigmoides¹.

La expresión clínica es variable e inespecífica incluye: hematoquezia, mucorreya, tenesmo, y dolor abdominal. Los pacientes pueden cur-

⁽¹⁾ Unidad Endoscopia y Cirugía Endoscópica Clínica Tabancura.

⁽²⁾ Becaria Medicina Interna. Universidad de Valparaíso. Hospital Militar.

Recibido: 07/05/2007

Aceptado: 26/06/2007



Figura 1. Visión endoscópica.

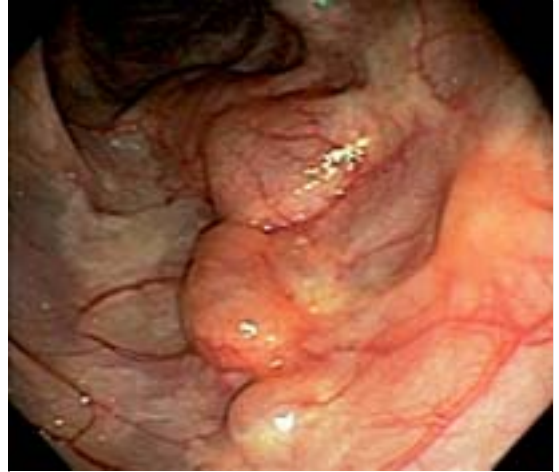


Figura 2. Visión endoscópica.

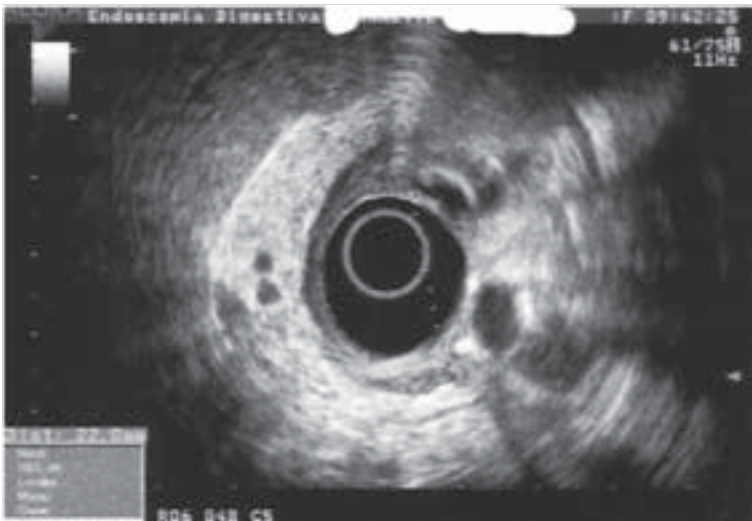


Figura 3. Imágen endosonográfica de los quistes.



Figura 4. Imágen endosonográfica de los quistes.

sar además con anemia secundaria a la hemorragia, así como hipokalemia e hipoalbuminemia por la secreción excesiva de moco por el segmento colorectal afectado².

Se asocia a otras patologías que en su mayoría predisponen a la irritación de la pared intestinal como son el prolapso rectal^{1,6} colitis ulcerosa^{4,7}, enfermedad de Crohn^{8,9}, pólipos adenomatosos¹⁰, disentería, síndrome de Peutz Jegers^{11,12}, y a procedimientos quirúrgicos donde se expone la mucosa rectal a trauma persistente como puede ser una anastomosis o colostomía¹³. Se ha relacionado también a la fibrosis post radiación¹⁴.

Imágenes

Los hallazgos en la endoscopia y en el enema baritado son sugerentes pero inespecíficos así también lo es la biopsia superficial. Por esto se han debido implementar otras técnicas para la aproximación diagnóstica.

En la tomografía axial la lesión aparece como una entidad de la submucosa no infiltrante con pérdida de las capas perirectales de tejido graso y engrosamiento del musculo elevador del ano. La resonancia magnética muestra nodulaciones que producen unas señales intensas en T2, debido al contenido mucoproteico de los quistes. La ultrasonografía transrectal identifica múltiples quistes hipoecoicos sin interrupción de las capas más profundas en la submucosa rectal con áreas de eco-refringencia fibrosa entre los quistes y confirma la ausencia de los linfonodos o la invasión de la capa muscular¹⁵.

La presencia en la biopsia quirúrgica de quistes grandes confirma el diagnóstico¹⁶.

La CQP puede simular otras lesiones como enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad neoplásica maligna y benigna (adenocarcinoma mucoproducente, adenoma vellosa, lipoma submucoso, carcinoide, etc), patología infecciosa (amebiasis, sífilis, esquistosomiasis, linfogranuloma venéreo) y colitis por medicamentos (anticonceptivos, antibióticos, 5-fluoruracilo, aminofilina)^{2,17}.

Anatomía Patológica

Los hallazgos histológicos demuestran un aumento del espesor de la capa submucosa

que pueden abarcar desde la muscular de la mucosa hasta la serosa. Se caracteriza por la formación intramural de quistes submucosos que contienen un material gelatinoso espeso y obliteración fibromuscular de la submucosa¹⁸. Los quistes pueden estar rodeados de mucosa normal o presentar islotes de células epiteliales parcialmente organizados, depósitos de hemoderina y células gigantes multinucleares. Habitualmente el recubrimiento celular es bien diferenciado, con mucosa rectal edematosa e hipertrofia o atrofia glandular leve. Las criptas de Lieberkuhn pueden estar alargadas, distorsionadas o irregulares y con infiltrado inflamatorio crónico que puede asociarse a hiperplasia, hipertrofia y desorganización de las fibras musculares así como atipias nucleares medias^{2,17}.

Tratamiento

El tipo de tratamiento varía desde no tratarlo, tratamiento médico endoscópico o quirúrgico¹. El enfrentamiento inicial para los pacientes con colitis quística profunda apunta a la reeducación de los hábitos intestinales para evitar el estreñimiento y así disminuir el trauma en la zona. El paciente debe tener un horario fijo para evacuar, consumir una dieta rica en fibras, y aporte de fibra no soluble. Si no se obtienen resultados, deben utilizar soluciones de polietilenglicol y ablandadores de heces como decusato de sodio. En los casos en que se asocia con úlcera rectal solitaria se han empleado enemas de sucralfato¹⁹. La terapia conservadora resuelve la mayoría de los síntomas^{19,20}.

El tratamiento específico es necesario sólo en casos sintomáticos. La primera opción es la oxígeno terapia en combinación con metronidazol por seis semanas. Se ha visto alta recurrencia si en el tratamiento se utiliza sólo antibióticos o sólo oxígeno. El tratamiento quirúrgico es recomendado sólo en casos de complicaciones²¹.

Para las lesiones circunscritas la exeresis local por medio de la rectosigmoidoscopia, colonoscopia con electrofulguración, resección trans-anal y procedimientos de telescopaje. En las formas segmentarias y difusas puede estar

indicada una cirugía más radical, como la colectomía segmentaria, subtotal, y proctocolectomía. El objetivo actual del tratamiento quirúrgico es disminuir la intususcepción interna y el prolapso.

En pacientes con prolapso rectal asociado pudiera ser necesaria la cirugía, para corregir la intususcepción. Para el prolapso completo (procidencia) se recomienda una resección mucosa o proctectomía perineal. El tratamiento quirúrgico para el prolapso interno es más dificultoso. Se intenta una resección y sutura de la rectopexia. En la ausencia de procidencia, la escisión trans-anal puede ser utilizada en pacientes seleccionados. Si esto falla se debe hacer una resección de la mucosa con salida colo-anal o una colostomía¹⁹.

Conclusión

El diagnóstico de esta entidad es muy importante porque puede simular un cáncer colo-rectal, tanto por el modo de presentación clínica como imagenológico.

Los métodos de imagen pueden ser de ayuda diagnóstica. El ultrasonido endoscópico entrega imágenes características de la lesión. También se han descrito con éxito los hallazgos de la RMN.

Pacientes tratados en forma conservadora, tienen una respuesta favorable en 34%, en tanto que los tratados con resecciones locales refirieron mejoría en un 65% particularmente si las lesiones fueron del tipo polipoide. El tratamiento local se considera en ausencia de prolapso rectal ya que cuando este se presenta, la rectopexia posterior sería el tratamiento más efectivo.

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente de sexo femenino de 56 años asintomática, sometida a colonoscopia por antecedente de cáncer de colon familiar. En la colonoscopia se observó una lesión de aspecto submucoso en el colon descendente. La endosonografía objetivó lesiones quísticas con contenido líquido y aéreo. La colitis quística pro-

funda (CQP) es una lesión intestinal, benigna e infrecuente localizada de preferencia en recto medio y sigmoides y puede ser localizada, segmentaria o difusa. El diagnóstico diferencial, es con diferentes patologías entre ellas pólipos o cáncer colo-rectal. La expresión clínica, es variable e inespecífica. Se asocia a otras patologías entre ellas el prolapso rectal y la úlcera solitaria del recto. Se analizaron los diferentes tipos de tratamiento.

Palabras claves: Colitis quística.

Bibliografía

- 1.- Sarzo G, Finco C, Parise P, et al. Colitis cystica profunda of the rectum: report of a case and review of the literature. *Chir Ital* 2005; 57: 789-798.
- 2.- Villanueva E, Peña J P, Rocha J L. Colitis quística profunda. Informe de un caso. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62: 46-49.
- 3.- Levine D S. "Solitary" rectal ulcer syndrome. Are solitary rectal ulcer syndrome and "localized" colitis cystica profunda analogous syndrome caused by rectal prolapsed?. *Gastroenterology* 1987; 82: 243.
- 4.- Magdson J C, Lewin K J. Difuse colitis cystica profunda. *Am J Pathol* 1981; 5: 393-399.
- 5.- Herman A H, Nabseth D C. Colitis cystica profunda: Localized, segmental, and diffuse. *Arch Surg* 1973; 106: 337-341.
- 6.- Womack N R, Williams N S, Holmfel J H, et al. Pressure and prolapse the cause of solitary rectal ulceration. *Gut* 1987; 28: 1228-1233.
- 7.- Kruger S, Noack F, Feller A C, Birth M. Colitis cystica profunda and giant inflammatory pseudopolyp in Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 383-384.
- 8.- Aftation B, Lipper S. Enteritis cystica profunda associated with Crohn's disease. *Arch Pathol Lab Med* 1984; 108: 532-533.
- 9.- Madan A, Minocha A. First reported case of colitis cystica profunda in association with Crohn's disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2472-2473.
- 10.- Fechner RE. Polyp of the colon possessing features of colitis cystica profunda. *Dis Colon Rectum* 1967; 10: 359-364.
- 11.- Dippolito A D, Aburano A, Bezouska C A, Happ R A. Enteritis Cystica profunda in Peutz Jegers syndrome: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 1992-1998.
- 12.- Guest C B, Reznick R K. Colitis cystica profunda. Review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 983-988.
- 13.- Rosen Y, Vaillant J G, Yermakov V. Submucosal cyst at a colostomy site: relationship to colitis cystica profunda and report of a case. *Dis Colon Rectum* 1976; 19: 453-457.
- 14.- Gardiner G W, McAuliffe N, Murray D. Colitis

- cystica profunda occurring in a radiation-induced colonic stricture. *Hum Pathol* 1984; 15: 295-298.
- 15.- Frans-jan J H, et al. Transrectal US in the diagnosis of localized segmental, and diffuse. *Arch Surg* 1973; 106: 337-341.
 - 16.- Valenzuela M, Martín-Ruiz J L, Alvarez-Cienfuegos E, Caballero A M, Gallego F, Carmona I, et al. Colitis cystica profunda: imaging diagnosis and conservative treatment: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 587-590.
 - 17.- Guest C B, Reznick R K. Colitis cystica profunda. Review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 9228-9233.
 - 18.- Bernoulli R C, Spichtin H P, Meier A L. Localized colitis cystica profunda] *Schweiz Med Wochenschr*. 1982; 112: 1458-1462.
 - 19.- Beck D E. Surgical Therapy for Colitis Cystica Profunda and Solitary Rectal Ulcer Syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2002; 5: 231-237.
 - 20.- Kuijpers H C, Schreve R H, Ten-Cate H H. Diagnosis of functional disorders of defecation causing the solitary ulcer syndrome. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 126-129.
 - 21.- Karl T. Pneumatosis cystoides coli-a rare differential diagnosis in colonoscopy. *Zentralbl Chir* 2003; 128: 333-336.