

Colitis ulcerosa con afectación segmentaria del recto y del ostium apendicular. A propósito de un caso

M. Berchid Debdi^a y G. Díaz Pavón Madroñal^b

^aMIR. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Juan de La Cruz. Úbeda. Jaén. España.

^bFEA Aparato Digestivo. Hospital San Juan de la Cruz. Úbeda. Jaén. España.

La colitis ulcerosa es una enfermedad inflamatoria crónica que en un 95% de los casos se circunscribe al recto-sigma, lugar donde empieza y progresa en sentido ascendente. La lesión histológica es siempre continua, de forma que no hay zonas sanas dentro del área afectada, siendo esta una de las principales características que la diferencian de la enfermedad de Crohn. La afectación de forma segmentaria y en tramos diferentes del tubo digestivo, aunque descrita en la literatura médica, se considera excepcional. Presentamos el caso clínico de un paciente diagnosticado en nuestro hospital de colitis ulcerosa, que en curso de la colonoscopia se objetivó afectación inflamatoria de los primeros 5 cm del recto, con normalidad del resto de colon, alcanzándose el ciego y apreciándose en el ostium apendicular lesiones de aspecto inflamatorio. Se tomaron biopsias de la mucosa rectal y del ostium apendicular. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico en ambas muestras.

Palabras clave: colitis ulcerosa, ostium apendicular, afectación segmentaria.

Ulcerative colitis is a chronic inflammatory disease that is limited to the rectum-sigma, place where it starts and progresses in ascending sense, in 95% of the cases. The histological lesion is always continuous so that there are no healthy areas inside the affected area. This is one of the main characteristics that differentiates it from Crohn's disease. The segmentary form and that found in different sections of the colon, although described in the medical literature, is considered to be exceptional. We present the clinical case of a patient diagnosed in our hospital of ulcerative colitis. During the colonoscopy, inflammatory affection of the first 5 cm of the rectum, with normality of the rest of the colon, was found. We reached to the cecum where we observed lesions with an inflammatory aspect in the appendiceal opening. Biopsies of the rectal mucous and of the ostium appendiceal were obtained. The pathology study confirmed the diagnosis in both samples.

Key words: ulcerative colitis, rectum and appendiceal opening, segmentary affection.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente varón de 39 años, sin antecedentes personales de interés ni alergias conocidas, ex fumador desde hace 7 meses, que consulta por rectorragias de dos meses de evolución, sin otros síntomas asociados. No había recibido tratamiento farmacológico previo alguno, ni tomaba habitualmente fármacos de ninguna clase.

La exploración física muestra un paciente con buen estado general, buena coloración e hidratación de piel y mu-

cosas, cráneo y cara normal. Cuello sin bocio ni adenopatías. Carótidas laten simétricas. Tórax de configuración normal. La auscultación cardiorrespiratoria mostró tonos puros y rítmicos con buena frecuencia, sin soplos ni extratonos, y un murmullo vesicular conservado por todos los planos y campos pulmonares. El abdomen era blando depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias. Ruidos hidroaéreos normales. Tacto rectal no doloroso, ampolla rectal libre, dedil sale limpio, hemorroide centinela. Resto de la exploración física habitual normal. Tensión arterial (TA): 130/60 mmHg. Temperatura: 36,2° C.

Exploraciones complementarias: analítica: hematimetría normal; coagulación normal; velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR) normales; bioquímica general normal; parásitos en heces y coprocultivo negativos.

Correspondencia: M. Berchid Debdi.
Avenida de Andalucía, 70.
23300 Villacarrillo. Jaén. España.
Correo electrónico: soliman@andaluciajunta.es

Recibido el 16-01-07; aceptado para su publicación el 18-09-07.

La colonoscopia mostró una mucosa rectal con signos inflamatorios que afectaban a toda su circunferencia en los primeros 10 cm, de la que se toman biopsias, con normalidad en el resto de la exploración alcanzándose el ciego. Se identifica la válvula ileocecal y en el ostium apendicular se evidenció la existencia de lesiones de aspecto inflamatorio de las que se tomaron biopsias.

El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de colitis ulcerosa en ambas muestras.

Se instaura tratamiento con mesalazina en espuma rectal y por vía oral con mejoría de la sintomatología. En el seguimiento posterior del paciente, tanto clínico como endoscópico, y con la toma de nuevas biopsias, pudimos descartar la posibilidad de que se tratara de la enfermedad de Crohn. El paciente ha tenido posteriormente una evolución clínica favorable con una buena respuesta al tratamiento con mesalazina.

DISCUSIÓN

La colitis ulcerosa se limita al recto-sigma en un 95% de los casos, siendo una de sus principales características definitorias la continuidad de la lesión en el tramo de colon afectado. Progresar en sentido ascendente desde el recto hacia un segmento variable de colon y lo hace siempre de forma continua, sin que existan zonas de mucosa sana intercaladas con áreas de mucosa patológica. Esta característica es la que la diferencia de la enfermedad de Crohn, hasta tal punto que ha condicionado durante años que en la colonoscopia diagnóstica en estos pacientes, una vez superado el extremo superior de la lesión, se empezara a retirar el endoscopio y una vez tomadas las muestras para biopsia se daban por finalizadas. Se aceptaba de forma general que esta colonoscopia no tenía por qué llegar hasta ciego, dado el carácter continuo de la lesión¹⁻⁴.

A finales de los años ochenta aparecieron trabajos que comunicaban casos de colitis ulcerosa con afectación segmentaria de colon⁵⁻¹⁰. La afectación de la zona periapendicular es la que con más frecuencia se ha comunicado^{1,6,8,9,11}. Este hecho también ha sido descrito en el estudio anatomopatológico de piezas quirúrgicas en la colitis ulcerosa¹²⁻¹⁵. Inicialmente la mayoría de estos trabajos ha sido cuestionado argumentándose confusión con enfermedad de Crohn, o efecto desigual de los tratamientos previos sobre el colon^{5,16,17}. Pero el seguimiento de los pacientes^{10,12} y la realización sistemática de colonoscopias completas han hecho que aumentara el número de autores que notifican estos hallazgos^{1,18}.

En la revisión de la bibliografía hemos encontrado varias referencias a la afectación segmentaria de colon en la colitis ulcerosa, en ausencia de tratamientos previos, que dicha afectación es posible en cualquier tramo de colon, aunque el ciego y el área periapendicular son las zonas en las que con mayor frecuencia se han descrito, con porcentajes que oscilan entre el 12 y el 37% de los casos según la serie^{1,11,19,20}. Pueden aparecer al inicio o durante la evolución de la enfermedad.

Por otra parte es conocido que la apendicetomía se considera como protectora frente a la colitis ulcerosa según va-

rios estudios epidemiológicos^{11,13,14,21-23} y se caracteriza por tener un efecto beneficioso sobre su curso clínico.

Estos hallazgos plantean numerosos interrogantes acerca de la etiopatogenia de la colitis ulcerosa y la probable implicación del apéndice cecal en la misma.

El hecho de que se haya comunicado por parte de varios autores la existencia de tramos de mucosa indemnes intercalados con áreas de mucosa patológica, o lo que es lo mismo, una afectación segmentaria y saltatoria de colon, puede plantear interrogantes sobre si los estudios de extensión de la colitis ulcerosa que se realizan habitualmente, orientados por la visión endoscópica que ofrece la mucosa de aspecto normal, son totalmente rigurosos o si, por el contrario, se deberían biopsiar también áreas de mucosa sana. Lo que ya no se cuestiona es la necesidad de realizar colonoscopias completas en estos pacientes. Con nuestro trabajo aportamos un caso clínico que nos ha parecido muy representativo en este sentido, por la afectación segmentaria del colon y en sus dos extremos, el recto y el ostium apendicular, con normalidad del resto de la mucosa del marco colónico.

BIBLIOGRAFÍA

- Dolz C, Vilella A, Andreu H, Tiera J. Colitis ulcerosa con afectación segmentaria. *Gastroenterol Hepatol.* 2003;26:64-9.
- Oshitani N, Kitano A, Nakamura S, Obata A, Hashimura H, Hiki M, et al. Clinical and prognostic features of rectal sparing in ulcerative colitis. *Digestion.* 1989;42:39-43.
- Bernstein CN, Shanahan F, Anton P, Weinstein WN. Patchiness of mucosal inflammation in treated ulcerative colitis: a prospective study. *Gastrointest Endosc.* 1995;42:232-7.
- Kim B, Barnett JL, Kleer CG, Appelman HD. Endoscopic and histological patchiness in treated ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol.* 1999;94:3258-62.
- D'Haens G, Geboes K, Peeters M, Baert F, Ectors N, Rutgeerts P. Patchy cecal inflammation associated with distal ulcerative colitis. A prospective endoscopic study. *Am J Gastroenterol.* 1997;92:1275-9.
- Yang SK, Jung HY, Kang GH, Kim YM, Myung SJ, Shim KM, et al. Appendiceal orifice inflammation as a skip lesion in ulcerative colitis: an analysis in relation to medical therapy and disease extent. *Gastrointest Endosc.* 1999;49:743-7.
- Okawa K. Ulcerative colitis and appendiceal lesion. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi.* 2001;98:916-21.
- Byeon JS, Yang SK, Myung SJ, Pyo SI, Park HJ, Kim YM, et al. Clinical course of distal ulcerative colitis in relation to appendiceal orifice inflammation status. *Inflamm Bowel Dis.* 2005;11:366-71.
- Yamagishi N, Iizuka B, Nakamura T, Suzuki S, Hayashi N. Clinical and colonoscopic investigation of skipped periappendiceal lesion in ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol.* 2002;37:177-82.
- Okawa K, Aoki T, Sano K, Harihara S, Kitano A, Kuroki T. Ulcerative colitis with skip lesions at the mouth of the appendix: a clinical study. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:2405-10.
- Scott IS, Sheaff M, Coumbe A, Feakins RM, Rampton DS. Appendiceal inflammation in ulcerative colitis. *Histopathology.* 1998;33:168-73.
- Goldburn JR, Appelman HD. Appendiceal involvement in ulcerative colitis. *Mod Pathol.* 1992;5:607-10.
- Okazaki K, Onodera H, Watanabe N, Nakase H, Uose S, Matsushita M, et al. A patient with improvement of ulcerative colitis after appendectomy. *Gastroenterology.* 2000;119:502-6.
- López-Ramos D, Gabriel R, Cantero-Perona J, Moreno-Otero R, Jones EA, Maté-Jimenez J. Prevalence of appendectomy among ulcerative colitis patients and their relatives. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2001;13:1231-3.
- Odze R. Diagnostic problems and advances in inflammatory bowel disease. *Mod Pathol.* 2003;16:347-58.

16. Odze R, Antonioli D, Peppercorn M, Goldman H. Effect of topical 5-aminosalicylic acid (5-ASA) therapy on rectal mucosal biopsy morphology in chronic ulcerative colitis. *Am J Surg Pathol.* 1993; 17:869-75.
17. Zaitoun AM, Cobden I, al Mardini HA, Record CO. Morphometric studies in rectal biopsy specimens from patients with ulcerative colitis: effect of oral 5 amino salicylic acid and rectal prednisolone treatment. *Gut.* 1991;32:183-7.
18. Bernstein C, Shanahan F, Weinstein W. Histological patchiness and sparing of the rectum in ulcerative colitis: refuting de dogma. *J Clin Pathol.* 1997;50:354-5.
19. Perry WB, Opelka FG, Smith D, Hicks TC, Timmcke AE, Gathright JB Jr, et al. Discontinuous appendiceal involvement in ulcerative colitis: pathology and clinical correlation. *J Gastrointest Surg.* 1999;3:141-4.
20. Kroft SH, Stryker SJ, Rao MS. Appendiceal involvement as a skip lesion in ulcerative colitis. *Mod Pathol.* 1994;7:912-4.
21. Rutgeerts P, D'Haens G, Hiele M, Geboes K, Vantrappen G. Appendectomy protects against ulcerative colitis. *Gastroenterology.* 1994;106:1251-3.
22. D'Haens G, Geobes K, Peeters M, Baert F, Ectors N, Rutgeerts P. Patchy cecal inflammation associated with distal ulcerative colitis: a prospective endoscopic study. *Am J Gastroentrol.* 1997;92: 1275-9.
23. Roland E, Andersson, Gunar O, Curt T, Anders E. Appendectomy and protection against ulcerative colitis. *N Engl J Med.* 2001; 344:808-14.