

ÚLCERA BENIGNA DO CECO

VICTOR ASSAD BUFFARA JR.
JOÃO BATISTA MARCHESINI
RITA DE CÁSSIA FRARE
JÚLIO CÉZAR UILI COELHO

BUFFARAJR.VA, MARCHESINIJB, FRARE RC, COELHO JCU - Úlcera benigna do ceco. *Rev bras Colo-Proct*, 1990; 10(1): 17-19

RESUMO: Dois casos comprovados de úlcera benigna de ceco perfurada são reportados. Os autores fazem uma revisão do quadro clínico, características patológicas, tratamento e possíveis fatores etiológicos.

UNITERMOS: ceco; úlcera benigna; perfuração do ceco

A úlcera benigna do ceco é uma afecção rara, de etiologia desconhecida, histologia inespecífica e de difícil diagnóstico pré-operatório. Foi descrita pela primeira vez por Cruveilhier em 1832 e desde então pouco mais de 200 casos foram registrados na literatura (3). Este trabalho tem por objetivo a descrição de dois novos casos e a revisão da literatura, enfatizando a apresentação clínica e a etiopatogenia.

Descrição dos casos

Caso 1 - R.G., do sexo masculino, com 42 anos, foi internado com dor em fossa ilíaca direita há oito dias. Na admissão apresentava-se afebril e com massa palpá-

vel na fossa ilíaca direita, de 8 cm de diâmetro, fixa e dolorosa. Um leucograma demonstrava leucocitose (12.500 mm³) sem desvio nuclear à esquerda. Uma tomografia computadorizada demonstrou a presença de um "efeito massa" na região peri-apendicular (*Fig. 1*). Na laparotomia exploradora evidenciou-se bloqueio epiplóico na região cecal, impossibilitando-se diferenciar processo inflamatório do neoplásico. Optou-se pela colectomia direita e ileotransversostomia. No exame da peça cirúrgica encontrou-se três úlceras no ceco, uma delas perfurada e bloqueada (*Fig. 2*). O exame anátomo-patológico demonstrou processo inflamatório crônico e agudo inespecífico, ulcerado e abscedado, com hiperplasia linfóide do apêndice cecal e dos linfonodos regionais. Não houve intercorrências no pós-operatório.

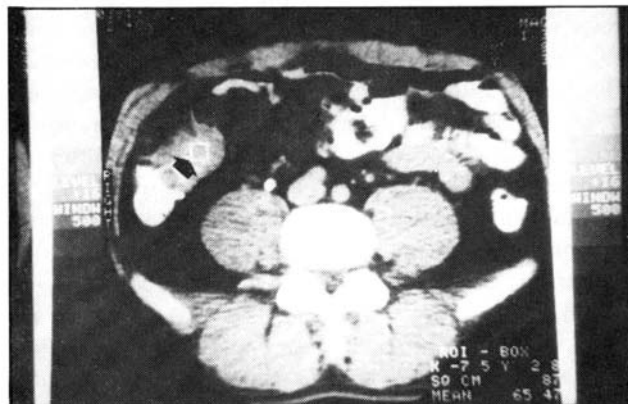


Fig. 1 - Tomografia computadorizada demonstrando o "efeito massa" na região peri-apendicular (seta), ocasionado por úlcera cecal perfurada.

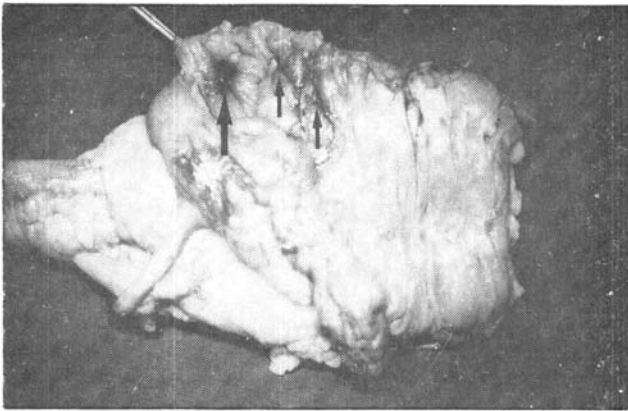


Fig. 2 - Aspecto macroscópico da peça de ressecção cirúrgica, na qual se observa duas úlceras cecais (flechas menores) e úlcera cecal perfurada (flecha maior), situadas no bordo antimesocólico.

Caso 2 - V.L.M, do sexo feminino, com 27 anos foi admitida no hospital com uma história de dor em fossa ilíaca direita há três dias. Na admissão a paciente apresentava-se febril (38,5°C) e com massa palpável dolorosa no flanco direito e hipogástrio. Um leucograma demonstrava leucocitose (17.600 mm³) com desvio nuclear à esquerda. Uma ultrassonografia revelou distensão gasosa das alças intestinais e região hipereicóica na fossa ilíaca direita, compatível com abscesso intraperitoneal. Na laparotomia exploradora evidenciou-se uma úlcera na face anterior do ceco, de 0,5 cm de diâmetro, com bloqueio epiplóico. Foi realizada uma ulcerectomia com ulcerorrafia e drenagem da cavidade peritoneal. O laudo anatomopatológico foi de ulceração aguda e crônica inespecífica perfurada. A evolução pós-operatória foi satisfatória.

DISCUSSÃO

A úlcera inespecífica pode ocorrer em qualquer segmento do cólon, mas em 67% acomete o ceco e cólon ascendente, seguido pelo cólon transverso, flexuras hepáticas e esplênica (18%), cólon descendente e sigmóide em 15% (13). Geralmente são úlceras únicas, podendo ser múltiplas em mais de 17% (15). A associação com úlceras do trato gastrointestinal superior é encontrada em 75% (15). Situam-se predominantemente no bordo antimesentérico do intestino (5). Há uma maior incidência entre 4.^a e 6.^a décadas de vida (5), com predomínio no sexo masculino (2:1) (11). A etiopatogenia continua desconhecida, todavia há várias teorias que a propõem: 1) fator circulatório - no qual trombose vascular originaria fenômenos isquêmicos que levariam à formação da úlcera; 2) traumatismo - corpos estranhos que provocariam erosões e fissuras na parede do cólon

(10); 3) medicamentos - fenilbutazona, corticosteróides e anticoncepcionais; 4) inflamação - úlcera (9) secundária à inflamação de um divertículo prévio e 5) infecção - há vários casos publicados de úlceras cecais sangrantes em receptores de transplante renal, devido à infecção por citomegalovírus (10). O *Campylobacter fetus ss. jejuni* é causa comum de ulceração múltipla do intestino delgado e ou intestino grosso (1). Segundo Barrón existiria uma relação entre a úlcera gastroduodenal e a colônica, propondo a hiperacidez como fator causal fundamental (13). Os sintomas variam em relação à localização da lesão, de modo que as úlceras do cólon direito apresentam-se como um quadro de apendicite aguda e as do cólon esquerdo produzem dor, hemorragia e diarreia, simulando carcinoma, obstrução intestinal e diverticulite (5, 13). Uma massa palpável pode ser encontrada em 30% dos casos (3). A úlcera pode complicar com perfuração seguida de peritonite, hemorragia, formação de abscesso ou estenose (4, 5, 7, 13).

O diagnóstico geralmente só é feito durante a cirurgia (2, 8). O exame radiológico não é útil para diagnóstico, mas o enema opaco pode mostrar a ulceração (3). A colonoscopia permite-nos visualizar a lesão e colher biopsias (8). O diagnóstico histológico da úlcera inespecífica do ceco pode ser aceito somente depois de excluir entidades específicas como: colite ulcerativa, doença de Crohn, úlcera de etiologia bacteriana e parasitária, diverticulite, ulceração secundária à inflamação de vísceras adjacentes ou neoplasia (6). Sutherland descreveu três casos de sangramentos por úlcera cecal, nos quais o diagnóstico foi estabelecido por angiografia e o sangramento controlado por infusão intra-arterial de vasopressina (16). A conduta terapêutica recomendada é a ressecção do segmento de cólon afetado com finalidade de estabelecer diagnóstico de certeza, uma vez que na maioria dos casos o diagnóstico pré-operatório é difícil (12, 14). Contudo, segundo alguns autores, em algumas situações selecionadas, pode ser indicado um tratamento conservador, com realização de biopsias e exames colonoscópicos de segmento (14).

BUFFARA JR. VA, MARCHESINI JB, FRARE RC, COELHO JCU - Benign ulcer of the cecum.

SUMMARY: Two new proved cases of benign ulcer of the cecum, revealed by cecum perforation are reported. The authors reviewed the clinical features, pathological characteristics, treatment and possible etiologic factors.

KEY WORDS: cecum; benign ulcer; cecum perforation

REFERÊNCIAS

1. Aloooy AM, Santoro JJ et al. *Campylobacter fetus* ss. jejuni: A cause of solitary cecal ulcer. *J Clin Gastroenterol* 1986; 8: 605.
2. Benninger GM, Honig ZJ, Fein HD. Nonspecific ulceration of the cecum. *Am J Gastroenterol* 1971; 55: 594-601.
3. Brodey PA, Hill RP, Baron S. Benign ulceration of the cecum. *Radiology* 1977; 122: 323-327.
4. Eusebio EB, Kaplan AP. Idiopathic colonic ulcer. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 763-765.
5. Gardner GA, Bird CR. Nonspecific ulcers of the colon resembling annular carcinoma. *Radiology* 1980; 137: 331-334.
6. Hardie IR, Nicoll P. Localized ulceration of the caecum due to microcirculatory thrombosis. A new concept of non-specific ulceration of the caecum. *Aust Arlas New ZJ Surg* 1973; 43: 149-157.
7. Jacqmin D, Weill-Bousson M, Christmann D, Lesur P, Sibilly A. Un cas d'ulcère solitaire bénin du caecum révélé par des rectorragies. *Ann Chir* 1984; 38: 375-377.
8. Kurtz MD. Colonoscopic diagnosis of nonspecific ulcer of the colon. *Gastrointest Endosc* 1976; 23: 90-91.
9. Lospenusa M, Chang F, Moqtaderi F, Bloom ND. Benign ulceration of the caecum presenting with massive hemorrhage. *Dis Colon Rectum*, 1982; 25: 586-588.
10. Mahoney TJ, Bubrick MP, Hitchcock CR. Nonspecific ulcers of the colon. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 623-625.
11. McCarthy JH, Beveridge BR. Solitary caecal ulcer as a cause of gastrointestinal bleeding. *Med J Aust* 1984; 141: 530-531.
12. Nagasako K, Ikezawa H, Gyo S et al. Preoperative diagnosis of a nonspecific ulcer of the cecum by colon fiberoscopy. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 413-415.
13. Morales FJSS, Pérez MCP et al. Úlcera cecal solitaria. Aportación de um caso y revisión de la literatura. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1988; 74: 480-482.
14. Shallmon RW, Kuehner M, Williams GH et al. Benign cecal ulcers. Spectrum of disease and selective management. *Dis Colon Rectum*, 1985; 28: 732-737.
15. Skaane P. Acute intestinal bleeding in benign solitary cecal ulcer. *Fortschr Röntgenstr* 1989; 150: 96-97.
16. Sutherland D, Frech RS et al. The bleeding cecal ulcer. Pathogenesis, angiographic diagnosis, and nonoperative control. *Surgery* 1972; 71: 290-294.

Endereço para correspondência:
Comendador Araújo, 143 - 1.º and - cj. 113
80420 - Curitiba - PR