



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2024,
Volumen 8, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i5

NECROSIS AISLADA DE CIEGO COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

**ISOLATED CECAL NECROSIS AS A CAUSE OF ACUTE
ABDOMEN. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW**

Alicia Valeria Espinosa Rosales

Clínica Hospital APP ISSSTE Mérida - México

Adriana Teresa Cruz Mendez

Clínica Hospital APP ISSSTE Mérida - México

Dioney Josimar Ucán Gamboa

Clínica Hospital APP ISSSTE Mérida - México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rem.v8i5.14687

Necrosis Aislada de Ciego como causa de Abdomen Agudo. Reporte de Caso y Revisión de la Literatura

Alicia Valeria Espinosa Rosales¹
valeria.espinosarosales@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-6386-6686>
Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de medicina
Clínica Hospital APP ISSSTE Mérida
Yucatán, México
México

Adriana Teresa Cruz Mendez
adrianateresacruzmenendez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-3073-0770>
Clínica Hospital APP ISSSTE Mérida
Yucatán, México
México

Dioney Josimar Ucán Gamboa
Dioneyug365@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-6462-4317>
Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de medicina
Clínica Hospital APP ISSSTE Mérida
Yucatán, México
México

RESUMEN

La colitis isquémica al contrario de la isquemia mesentérica, ocurre cuando la circulación sanguínea se ve afectada en los vasos mesentéricos de bajo calibre, es una patología poco frecuente. Está ligada principalmente a pacientes con factores de riesgo cardiovasculares: antecedente de tabaquismo, síndromes coronarios, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus y falla cardiaca. Ya que es una patología poco frecuente, usualmente es un diagnóstico de exclusión. Se presenta reporte de caso y revisión de la patología.

Palabras clave: colitis isquémica, abdomen agudo, necrosis de ciego

¹ Autor Principal
Correspondencia: valeria.espinosarosales@gmail.com

Isolated Cecal Necrosis as a Cause of Acute Abdomen. Case Report and Literature Review

ABSTRACT

Ischemic colitis, contrary to mesenteric ischemia occurs when there the blood flow of the small mesenteric vessels is affected. Is an uncommon pathology, that in some cases can turn in high morbidity and mortality. Ischemic colitis is associated to cardiovascular risk factors, such as smoking, coronary syndromes, chronic kidney disease, diabetes mellitus and heart failure. Since it is a rare presentation of abdominal pain and acute abdomen, the diagnosis can be challenging. We present a report case and literature review of this interesting topic.

Keywords: ischemic colitis, acute abdomen, cecum necrosis

*Artículo recibido 12 setiembre 2024
Aceptado para publicación: 16 octubre 2024*



INTRODUCCIÓN

La necrosis aislada de ciego es una causa rara de dolor abdominal, siendo una variante de la colitis isquémica. Es de diagnóstico complejo, debido al cuadro clínico y a los hallazgos por imagen inespecíficos. Afecta principalmente a pacientes con comorbilidades que afecten la perfusión mesentérica. Por lo que el factor de riesgo más asociado es que el paciente se encuentre en hemodiálisis por Enfermedad renal crónica en estadio terminal, así como estados de choque, falla cardíaca, enfermedad coronaria, diabetes y agentes citotóxicos ¹

La colitis isquémica derecha por colitis es menos común que la izquierda. Son pocos los casos reportados en la literatura, todos ellos tienen en común múltiples comorbilidades que causan disminución en el flujo de la irrigación.

Se describe el reporte de caso de un femenino de 74 años que presentó necrosis de ciego la cual simuló un cuadro clínico de apendicitis.

DESARROLLO

Reporte de caso

La isquemia aislada de ciego es una causa rara de abdomen agudo. El cuadro clínico simula apendicitis aguda.

La paciente, femenina de 74 años de edad, como antecedentes de importancia, diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, portadora de marcapasos definitivo por enfermedad degenerativa del sistema de conducción. Tabaquismo positivo, con índice tabáquico de 48 paquetes/año. Así como portadora de Artritis reumatoide en tratamiento con modificadores biológicos. Acudió a urgencias con dolor abdominal de 24 horas de evolución, de predominio en fosa iliaca derecha, acompañado de náuseas, emesis, diarrea y fiebre. A la exploración física con abdomen doloroso en fosa iliaca derecha y signos apendiculares positivos.

Laboratorios al ingreso con leucocitosis (20 mil) neutrofilia (85%), resto sin alteraciones.

Se realizó tomografía abdominal, que arrojó datos inespecíficos de abdomen agudo, incluyendo estriación de la grasa pericecal, engrosamiento de ciego, sin líquido libre. Se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia ante datos de respuesta inflamatoria sistémica así como cambios tomográficos indirectos sugestivos de apendicitis aguda.



Como hallazgos operatorios se encuentra necrosis de ciego en 80% de superficie, sin absceso o contaminación de la cavidad. Se realizó hemicolectomía derecha con ileotransverso anastomosis latero-lateral con éxito.

La paciente cursó con adecuada evolución clínica y fue egresada a domicilio.

Se reporta pieza de patología con colitis isquémica en la porción de ciego de 7 cm y apéndice con hiperplasia folicular reactiva, los ganglios con congestión vascular e hiperplasia folicular.

Revisión de la literatura

La isquemia mesentérica ocurre secundaria a factores oclusivos y no oclusivos. La causa principal es la vasoconstricción mesentérica.^{1,9,11,12} En 25-60% de los pacientes con infarto intestinal, la isquemia mesentérica no oclusiva es la causa, con una mortalidad de 71% al 100% siendo la más letal de las formas de isquemia mesentérica.^{2,12}

Al contrario que la isquemia mesentérica que afecta los vasos principales que provocan lesiones extensas a intestino delgado e intestino grueso, la colitis isquémica ocurre cuando la circulación sanguínea se ve afectada en los vasos mesentéricos de bajo calibre, cercanos a la pared del colon, usualmente sin disrupción vascular¹²⁻¹⁵.

La necrosis aislada del ciego como causa de dolor abdominal es poco frecuente¹⁻⁷. Se ha reportado como una causa secundaria a estados de hipoperfusión y como principales comorbilidades asociadas la enfermedad renal crónica e insuficiencia cardíaca^{1,2}. Esta entidad ocurre cuando hay oclusión de las arterias cecales, usualmente cuando la arteria cecal anterior y posterior no provienen de la arcada vascular si no de la rama cólica de la arteria ileocólica y posteriormente se anastomosan para irrigar al ciego por una arteria única^{2,9}, haciendo el ciego más susceptible a infartos oclusivos vasculares. La etiología se divide en dos grupos de acuerdo a la presencia de comorbilidades, Tipo 1 (espontánea) donde los factores responsables de la hipoperfusión sistémica no son identificados y tipo II o secundaria, que ocurre principalmente durante un periodo de hipotensión sistémica, disminución de gasto cardíaco o posterior a cirugía aórtica o cardíaca^{3,9}. Incluyendo patologías como hemodiálisis, cardiopatía crónica y uso de algunas drogas.

Higgins y colaboradores estimaron que la frecuencia de colitis isquémica en la población general americana fue de 4-9 por cada 100,000 pacientes. Dentro de estos, el factor de riesgo más



frecuentemente encontrado fue la asociación con pacientes portadores de enfermedad pulmonar obstructiva crónica¹⁵ elevando el riesgo de hasta 100: 100mil pacientes.

La necrosis de ciego se manifiesta como dolor en el cuadrante inferior derecho, que es usualmente el primer síntoma y que puede acompañarse de náusea, vómito y fiebre, por lo que puede simular un cuadro clínico de apendicitis aguda^{4,5,6,7}.

Por tomografía, se puede llegar a observar engrosamiento de la pared, hemorragia intramural, aumento focal o difuso en el diámetro intestinal, trombos arteriales mesentéricos, neumatosis intestinal, gas portal o en venas mesentéricas, neumoperitoneo y líquido libre abdominal⁵. Debido al cuadro clínico inespecífico y los hallazgos tomográficos, se recomienda realizar una laparotomía diagnóstica en la mayoría de los pacientes, el diagnóstico definitivo es postoperatorio¹⁴.

La colonoscopia puede ser usada para confirmar el diagnóstico de colitis isquémica y excluir otras causas de colitis. No debe de ser realizada en pacientes con sospecha de perforación o signos de peritonitis. Los hallazgos más frecuentemente encontrados son eritema (87%), edema (70%) , friabilidad (43%), ulceración superficial (57%), ulceración profunda (22%), estenosis (8%) y sangre intraluminal (8%)¹⁷. Es importante recalcar que el diagnóstico definitivo será con la inspección histológica de la toma de biopsia o la pieza, que permitirá diferenciar los datos isquémicos de infecciones o inflamación. Estos hallazgos incluyen la presencia de “células fantasma”, la arquitectura de las criptas se encuentra preservada, con excepción de la necrosis de la porción superficial de estas y cambios reactivos en el epitelio residual de la cripta¹⁷.

El tratamiento dependerá de las condiciones del paciente. Si se realiza el diagnóstico por imagen y colonoscopia con isquemia segmentaria, sin llegar a necrosis y el paciente se encuentra estable, se puede iniciar tratamiento médico que consiste en mejorar las condiciones de la perfusión sanguínea, sin afectar la circulación esplénica. La profilaxis antibiótica se encuentra indicada no como para prevención de progresión de la enfermedad, pero sí como parte importante para prevenir la traslocación bacteriana. Si el paciente dentro de la evaluación continua no presenta mejoría: continúa con dolor abdominal o este empeora, náuseas, emesis, datos de respuesta inflamatoria sistémica o confirmación de necrosis, entonces de elección es resección cecal o hemicolectomía derecha, con anastomosis si las condiciones

lo permiten⁶, siempre teniendo en cuenta que la resección tendrá que ser realiza de intestino sano a intestino sano y considerar un estoma si es necesario.

Ilustraciones, Tablas, Figuras

Ilustracion 1. Tomografía abdominal corte coronal



Ilustración 1. Pieza quirúrgica



Tabla 1

Hallazgos por colonoscopia ¹⁷	Frecuencia
Eritema luminal	84%
Edema	70%
Friabilidad	43%
Úlceras superficiales	57%
Úlceras profundas	22%
Estenosis	8%
Sangre intraluminal	8%

CONCLUSIONES

El espectro de la colitis isquémica es una entidad de difícil diagnóstico, siendo más frecuente de lado izquierdo que de colon derecho, debido a los puntos de relevancia vasculares localizados en colon izquierdo. Si bien la necrosis de ciego es una entidad poco frecuente de causa de abdomen agudo, no se puede descartar por completo en pacientes de la tercera edad, con otras comorbilidades, principalmente portadores de riesgo cardiovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J. P. Hunter, A. Saratzis & K. Zayyan (2013) Spontaneous, Isolated Caecal Necrosis: Report of a Case, Review of the Literature, and Updated Classification, *Acta Chirurgica Belgica*, 113:1, 60-63, DOI: 10.1080/00015458.2013.11680889
2. Wiesner, W., Mortelé, K. J., Glickman, J. N., & Ros, P. R. (2002). "Cecal gangrene": a rare cause of right-sided inferior abdominal quadrant pain, fever, and leukocytosis. *Emergency radiology*, 9(5), 292–295. <https://doi.org/10.1007/s10140-002-0250-7>
3. Schuler, J. G., & Hudlin, M. M. (2000). Cecal necrosis: infrequent variant of ischemic colitis. Report of five cases. *Diseases of the colon and rectum*, 43(5), 708–712. <https://doi.org/10.1007/BF02235593>



4. Gundes, E., Kucukkartallar, T., Çolak, M. H., Cakir, M., & Aksoy, F. (2013). Ischemic necrosis of the cecum: a single center experience. *The Korean journal of gastroenterology = Taehan Sohwagi Hakhoe chi*, 61(5), 265–269. <https://doi.org/10.4166/kjg.2013.61.5.265>
5. Simon, A. M., Birnbaum, B. A., & Jacobs, J. E. (2000). Isolated infarction of the cecum: CT findings in two patients. *Radiology*, 214(2), 513–516. <https://doi.org/10.1148/radiology.214.2.r00fe15513>
6. Dirican, A., Unal, B., Bassulu, N., Tatli, F., Aydin, C., & Kayaalp, C. (2009). Isolated cecal necrosis mimicking acute appendicitis: a case series. *Journal of medical case reports*, 3, 7443. <https://doi.org/10.4076/1752-1947-3-7443>
7. Karabay, O., Erdem, M. G., & Hasbahceci, M. (2018). Partial Cecum Necrosis as a Rare Cause of Acute Abdominal Pain in an Elderly Patient. *Journal of the College of Physicians and Surgeons--Pakistan : JCPSP*, 28(6), S81–S83. <https://doi.org/10.29271/jcpsp.2018.06.S81>
8. Suleimanov, V., & Shahzad, F. (2022). Partial Infarction of Cecal Wall Presenting as Acute Appendicitis. *Cureus*, 14(11), e31408. <https://doi.org/10.7759/cureus.31408>
9. Gerlock, A. J., Jr, Muhletaler, C. A., Berger, J. L., Halter, S. A., O'Leary, J. P., & Avant, G. R. (1981). Infarction after embolization of the ileocolic artery. *Cardiovascular and interventional radiology*, 4(3), 202–205. <https://doi.org/10.1007/BF02552424>
10. Çakar, E., Ersöz, F., Bag, M., Bayrak, S., Çolak, Ş., Bektaş, H., Güneş, M. E., & Çakar, E. (2014). Isolated cecal necrosis: our surgical experience and a review of the literature. *Ulusal cerrahi dergisi*, 30(4), 214–218. <https://doi.org/10.5152/UCD.2014.2643>
11. Miller L, Barbaravech C, Friedman L. Less frequent causes of lower gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am* 1994; 23: 21-52. 10.
12. Wilcox MG, Howard TJ, Plaskon LA, Unthank JL, Madura JA. Current theories of pathogenesis and treatment of nonocclusive mesenteric ischemia. *Dig Dis Sci* 1995; 40: 709-16.
13. . Han SY, Kwon YJ, Shin JH, Pyo HJ, Kim AR. Nonocclusive mesenteric ischemia in a patient on maintenance hemodialysis. *Korean J Intern Med* 2000; 15: 81-84.
14. . John AS, Tuerff SD, Kerstein MD. Nonocclusive mesenteric infarction in hemodialysis patients. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 84-88



15. . Charra B, Cuche J, Ruffet M, Terrat JC, Beurlet J, Labrosse H, et al. Segmental necrosis of ascending colon in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant* 1995; 10: 2281-2285.
16. Bradbury, A. W., Brittenden, J., McBride, K., & Ruckley, C. V. (1995). Mesenteric ischaemia: a multidisciplinary approach. *The British journal of surgery*, 82(11), 1446–1459.
<https://doi.org/10.1002/bjs.1800821105>
17. . Higgins PD, Davis KJ, Laine L. Systematic review: the epidemiology of ischaemic colitis. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004; 19 (7): 729-38
18. . Sun, M. Y., & Maykel, J. A. (2007). Ischemic colitis. *Clinics in colon and rectal surgery*, 20(1), 5–12. <https://doi.org/10.1055/s-2007-970194>
19. . FitzGerald, J. F., & Hernandez Iii, L. O. (2015). Ischemic colitis. *Clinics in colon and rectal surgery*, 28(2), 93–98. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549099>

