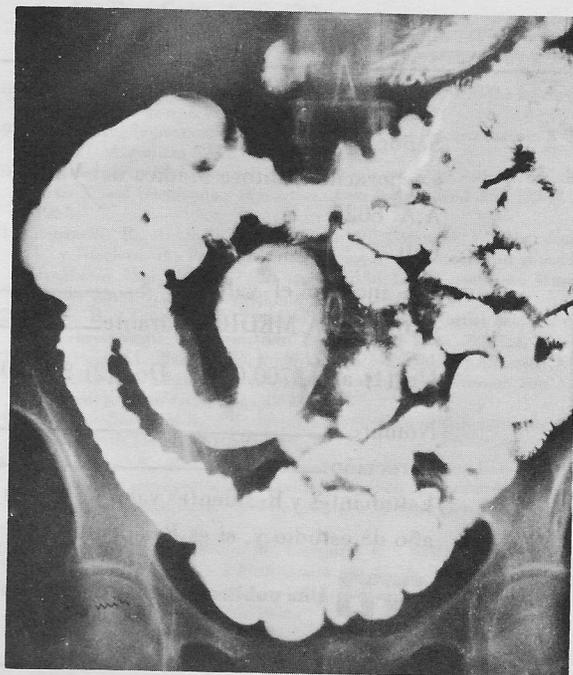
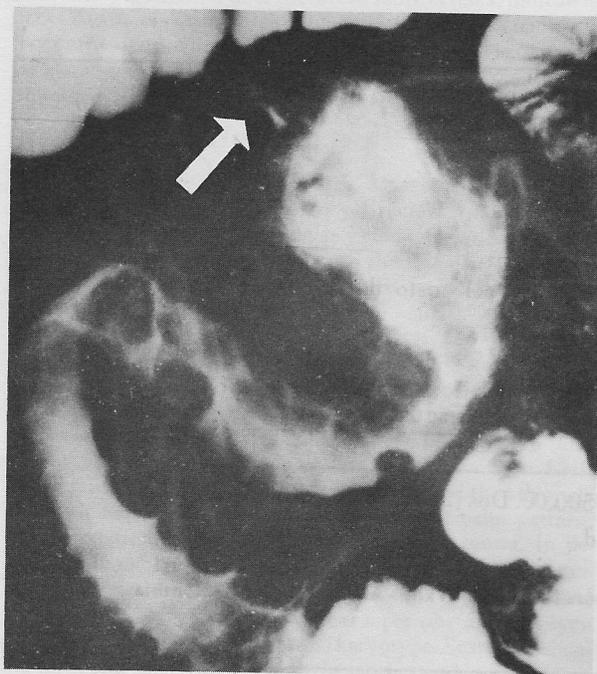


El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M.D.¹ y Abraham Kestenberg, M.D.²



HAGA SU DIAGNOSTICO

Mujer de 60 años de edad, que en los 2 últimos años había consultado en varias oportunidades por pesantez postprandial en el epigastrio, dolor en el flanco derecho e hipogastrio que se acompañaba en ocasiones de vómito alimenticio.

Un año antes de su consulta había sido intervenida por miomatosis uterina en otro hospital donde le practicaron la histerectomía; el estudio patológico del útero reveló un tumor carcinoide. La paciente siguió quejándose de dolor abdominal casi continuo, diarrea a veces como moco y tenesmo, vómito postprandial y adinamia. En su última consulta antes de su intervención quirúrgica aseguró que la diarrea era muy crónica y que la padecía desde 5 años antes.

Al examen físico se encontró una paciente anciana, pálida, en regular condición general. Había normalidad en los signos vitales; el sistema cardiopulmonar no mostraba ninguna

1. Profesor, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Cirujano, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario del Valle. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Cirujano, Hospital Mario Correa Renjifo, Cali, Colombia.

alteración. Los hallazgos más importantes estaban en el abdomen donde se palpó una masa dolorosa, redonda, de unos 15 cm de diámetro, localizada en el flanco y en la fosa iliaca del lado derecho. Se le hicieron estudios radiológicos del intestino delgado, colon por enema y tórax.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Tuberculosis intestinal
2. Enfermedad de Crohn
3. Tumor carcinoide

DESCRIPCION RADIOLOGICA

La mayor atención está dirigida al ileon terminal en donde se visualiza un asa intestinal independiente de todas las demás, con un meso engrosado que causa la separación con las asas vecinas. Los contornos del asa son muy irregulares y con ulceraciones en forma de diente de sierra, se ven también defectos de llenamiento redondeados a manera de "empedrado". El ileon terminal tiene aspecto de cuerda (ver flecha) y desemboca en un ciego alto y medial no visible en estas fotografías pero que en el estudio de colon por enema mostraba un defecto de llenado en su borde medial de contornos suaves y lisos. El yeyuno y el resto del colon eran normales. La radiografía de tórax no mostraba ninguna patología parenquimatosa pulmonar.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. La tuberculosis (TBC) intestinal es una excelente posibilidad tanto clínica como radiológica por la estenosis a nivel del ileon terminal y el defecto de llenamiento en el ciego, más aún si se tiene en cuenta la frecuencia de esta afección^{1,2}.

En contra está el hecho de no existir TBC pulmonar que se asocia con TBC intestinal en 40% a 60% de los casos¹; también la presencia de pseudopólipos en el ileon terminal que es la porción más comprometida en esta paciente, los cuales aparecen a manera de "empedrado" como el descrito antes, fístulas y abscesos intrabdominales, etc.

2. La enfermedad de Crohn o enteritis regional es una entidad cuyo aspecto radiológico es muy similar a la tuberculosis y para algunos autores es indistinguible^{3,4}.

El asa orgullosa, descrita en este síndrome, se halla en la paciente. Se trata de un asa separada de las demás por el engrosamiento de sus paredes y del meso respectivo. Cada vez se ven más casos de enfermedad de Crohn en Colombia. Con frecuencia se diagnostican antes de intervenciones quirúrgicas que se pueden llevar a cabo de urgencia por el cuadro clínico muy similar a una apendicitis con plastrón inflamatorio^{3,4}.

Las irregularidades del ileon terminal, la estenosis en forma de cuerda presente en el caso que se discute, los pseudopólipos con su aspecto de empedrado, el defecto de llenamiento en el ciego, etc., son signos radiológicos en favor de la enfermedad de Crohn. También lo son el cuadro clínico de diarrea crónica, el dolor abdominal y la masa en flanco y fosa iliaca derechos.

3. Por la historia de la paciente se debe tener en cuenta el carcinoide, tumor que según algunos autores^{5,6}, tiene predilección por el apéndice y el recto. El útero como punto de origen es improbable. En las grandes series de carcinoides⁶ se menciona el ovario pero no el útero como sitio de origen. En el intestino el carcinoide se presenta radiológicamente como un defecto de llenamiento que bien puede corresponder al descrito a nivel del ciego. Puede confundirse con el carcinoma^{5,7}, cuando se localiza en el colon y su variedad es maligna. Por la fibrosis y adherencias que acompañan al carcinoide puede dar deformaciones en tienda de campaña, acodaduras sobre los bordes del intestino delgado, ser causa de obstrucción intestinal, hemorragia, diarrea, dolor cólico, etc.^{6,7}. El síndrome carcinoide caracterizado por bochornos, espasmo bronquial, diarrea, diaforesis, soplo cardíaco por daño de la válvula tricúspide secundario a metástasis, hepatomegalia, etc., se halla en 3% a 5% de los enfermos y usualmente es de mal pronóstico debido a la presencia de metástasis hepática⁵⁻⁷.

DIAGNOSTICO FINAL

Tumor carcinoide del ciego, con metástasis a útero (por historia). El tumor se extendía a la serosa del ciego. También había enfermedad de Crohn localizada en el ileon terminal con severa estenosis y colon ascendente. La paciente se intervino quirúrgicamente. El examen del ciego, el colon ascendente y el ileon terminal mostró aspectos histológicos que confirmaron el diagnóstico radiológico.

REFERENCIAS

1. Kolawole, T.M. y Lewis, E.A.: A radiological study of tuberculosis of the abdomen (gastrointestinal tract). *Am J Roentgenol* **123**: 348-358, 1975.
2. Chamorro-Mera, C.: El caso radiológico. Tuberculosis intestinal, adenitis granulomatosa pancreatoduodenal. *Colombia Med* **12**: 122-123, 1981.
3. Gardiner, R. y Stevenson, G.W.: The colitides. *Radiol Clin North Am* **20**: 797-817, 1982.
4. Marshak, R.H. y Lindner, A.E.: *Radiology of the small intestine*. pp. 51-61, 135-157. W.B. Saunders Co. Philadelphia, 1970.
5. Stein, G.N. y Finkelstein, A.K.: *The duodenum, small intestine and colon. Tumor atlas of the G.I. tract*. pp. 8, 9 y 156-159. Year Book Medical Publishers. Chicago, 1973.
6. Zeitels, J., Naunheim, K., Kaplan, E.L. y Strauss, F.: Carcinoid tumors. A 37 years of experience. *Arch Surg* **117**: 732-737, 1982.
7. Balthazar, E.J., Megibow, A., Bryk, D. y Cohen, T.: Gastric carcinoid tumors. Radiographic features in eight cases. *Am J Roentgenol* **139**: 1123-1127, 1982.