

# ÚLCERA PSEUDOTUMORAL DE CECO: RELATO DE CASO

CLÁUDIO MATIAS BARROS JÚNIOR<sup>1\*</sup>; VIVIAN MARIA RIBEIRO MOTA<sup>2</sup>; LUÍSA LUCAS ALVES<sup>1</sup>; ANTÔNIO DE PÁDUA FREIRE MAGALHÃES JÚNIOR<sup>1</sup>; DANDARA MARIA SOARES DAMÁSIO DA SILVA<sup>1</sup>; JOSÉ WALTER FEITOSA GOMES<sup>3</sup>;

1 - Médico (a) residente de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil.

2 – Estudante de Medicina da Universidade de Fortaleza – Fortaleza, CE, Brasil.

3 – Médico (a) preceptor (a) de Cirurgia Geral do Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar – Fortaleza, CE, Brasil.

Artigo submetido em: 18/04/2019

Artigo aceito em: 23/11/2019

Conflitos de interesse: não há.

## RESUMO

A úlcera de ceco é uma afecção rara, principalmente na sua forma benigna, existindo poucos casos registrados na literatura. Sua apresentação ocorre geralmente como um abdome agudo, semelhante à apendicite aguda. A suspeita diagnóstica costuma surgir no transoperatório e a confirmação se dá pelo exame histopatológico. Este trabalho tem como objetivo descrever um caso de úlcera de ceco que se apresentou em sua forma pseudotumoral.

**Palavras-chave:** Doenças do Ceco; Abdome Agudo; Úlcera.

## ABSTRACT

Caecum ulcer is a rare condition, especially in its benign form, with few cases reported in the literature. Its presentation usually occurs as an acute abdomen, similar to acute appendicitis. Diagnostic suspicion usually arises intraoperatively and is confirmed by histopathological examination. This article describes a case of cecum ulcer that presented in its pseudotumoral form.

**Keywords:** Cecal Diseases; Acute Abdomen; Ulcer.

## Introdução

As úlceras de ceco são descritas geralmente como etiologias malignas, sendo uma das principais suspeitas diagnósticas quando se evidencia tal lesão <sup>(1)</sup>. Em 1832 descreveu-se, pela primeira vez, um caso de úlcera benigna de ceco. Desde então, poucos foram os casos descritos pela literatura <sup>(2)</sup>.

A etiologia é geralmente desconhecida, porém autores descrevem algumas causas como: diverticulite, tuberculose e infecções parasitárias <sup>(3)</sup>. A sintomatologia de tal lesão benigna não é específica, não havendo achados patognomônicos, podendo mimetizar abdome agudo, como apendicite <sup>(4)</sup> ou outras afecções

que causam espessamento da parede intestinal <sup>(5)</sup>, como neoplasias, colite ulcerativa e doença de Crohn.

Eventualmente, pode-se não conseguir fazer um diagnóstico com exatidão no pré-operatório. Portanto o mesmo é realizado, geralmente, após a cirurgia com ressecção da peça anatômica acometida e posterior análise anatomopatológica, sendo excluídas as outras etiologias epidemiologicamente mais comuns <sup>(3,5)</sup>.

Esse artigo se propõe a descrever um caso de úlcera pseudotumoral de ceco em paciente de 54 anos, do sexo feminino, com procedimento cirúrgico e evolução satisfatória.

## Relato do Caso

Paciente do sexo feminino, 54 anos, hipertensa, admitida em unidade de pronto-atendimento por dor em fossa ilíaca direita com três dias de evolução, sem outros sinais ou sintomas associados. Ao exame físico, foi evidenciado abaulamento doloroso à palpação desta localização.

Diante do quadro, suspeitou-se de apendicite aguda, sendo solicitada tomografia de abdome e pelve com contraste que demonstrou espessamento parietal estenosante na região inferior do ceco, incluindo válvula íleo-cecal, com extensão de 5,5cm, associado a duas imagens amorfas e borramento de gordura adjacente (Figura 1 e figura 2). A paciente apresentou ainda exame laboratorial sem anemia ou leucocitose. A colonoscopia de três anos atrás não possuía alterações, o que sugeria surgimento recente da lesão.



**Figura 1** - Tomografia de abdome evidenciando espessamento parietal estenosante no aspecto inferior do ceco incluindo válvula íleo-cecal com extensão de 5.5cm.

Realizou-se videolaparoscopia com achado de lesão cecal posterior e endurecida, abaulando parte do órgão. Dessa forma, indicou-se a realização de colectomia direita. O procedimento cirúrgico ocorreu com grampeamento de íleo e de cólon ascendente, proximalmente à lesão, associado à anastomose anisoperistáltica íleo-ascendente latero-lateral, manual, com caprofyl 3-0.



**Figuras 2** - Tomografia de abdome evidenciando espessamento parietal estenosante no aspecto inferior do ceco incluindo válvula íleo-cecal com extensão de 5.5cm.

Para tanto, foi realizada a manobra de Cattel, dissecação de artéria e veia íleocólicas com pinça ultrassônica e ligadura das mesmas com dois cliques metálicos proximais e um distal e secção destas, realizando linfadenectomia, além de dissecação de artéria e veia cólicas direitas com pinça ultrassônica e ligadura das mesmas com dois cliques metálicos proximais e um distal e secção destas. Sucedeu-se então o grampeamento do íleo distal com carga branca e grampeamento de cólon ascendente com duas cargas azuis, anastomose manual videolaparoscópica e retirada de peça por incisão em fossa ilíaca direita.

A paciente evoluiu com boas condições clínicas, aceitando dieta líquida restrita no segundo dia de pós-operatório, líquida completa no terceiro e recebendo alta no quarto dia com dieta pastosa. O resultado anatomopatológico da peça cirúrgica mostrou ceco com presença de úlcera perforada com exsudato neutrofílico transmural e peritonite fibrinoneutrofílica, ausência de neoplasia, granulomas, vasculite, alterações citopáticas virais ou sinais morfológicos de especificidade etiológica. A biópsia apresentou também catorze linfonodos regionais sem sinais de neoplasia. Paciente apresentou melena no décimo dia pós-operatório, porém sem alterações clínicas ou laboratoriais sendo optado por conduta conservadora.

No seguimento, realizou colonoscopia de controle sem alterações em alças e com

anastomose pérvia. Nos dias atuais, evolui com hábito intestinal fisiológico, alimentação geral e sem queixas. Este caso mostra-se relevante pela raridade de úlcera na localização do ceco e principalmente pelo seu comportamento pseudotumoral, logo, benigno. Além disso, é importante ressaltar a técnica de anastomose videolaparoscópica anisoperistáltica de íleo ascendente latero-lateral manualmente realizada com sucesso pelo cirurgião.

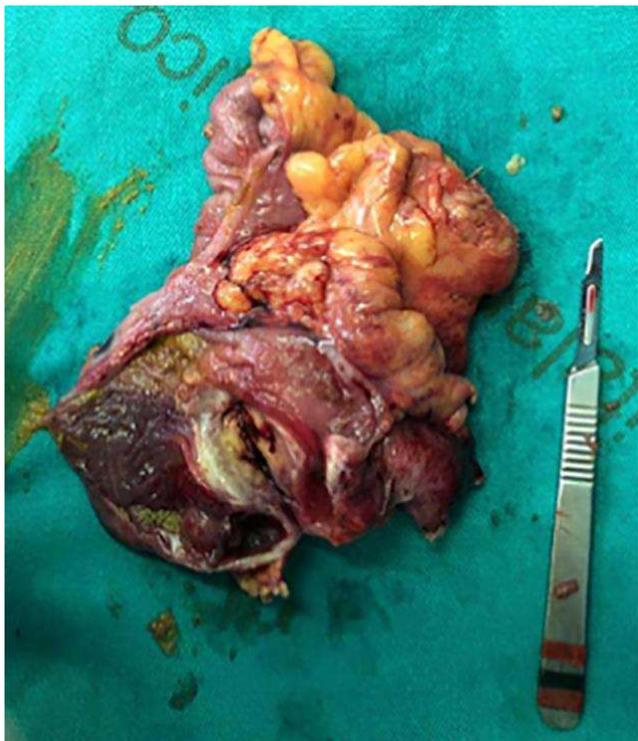


Figura 3 – Peça anatômica.

### Discussão

As lesões ulceradas benignas de ceco podem apresentar-se com quadro clínico variado, a manifestação pode ser aguda, situação na qual é comumente confundida com quadro de apendicite <sup>(5)</sup>, ou crônica, apresentando sangramento, melena ou hematoquezia, como manifestação primária <sup>(6)</sup>. Nesses casos, o paciente deve ser observado de perto e o tratamento deve ser instituído rapidamente para evitar complicações, como anemia grave <sup>(7)</sup>.

Tendo em vista que a paciente supracitada havia sido submetida à apendicectomia previamente, a suspeita de apendicite foi prontamente afastada, porém é de suma importância a consideração de tal etiologia

durante a investigação dos diagnósticos diferenciais <sup>(5)</sup>.

Tais lesões podem ainda ser assintomáticas, sendo diagnosticadas de forma acidental durante exames de imagem ou cirurgias <sup>(7)</sup>. Essas úlceras podem acometer qualquer porção do cólon, sendo o ceco a localização de 67% delas <sup>(2)</sup> e a flexura hepática a localização mais incomum <sup>(8)</sup>. A epidemiologia mostra que tais lesões são predominantes na faixa etária de 40 a 60 anos e em homens <sup>(2)</sup>. Estudos demonstram que houve um aumento de incidência nos indivíduos submetidos à hemodiálise e transplante renal <sup>(8)</sup>.

A etiopatogenia das úlceras benignas até o momento não foi descrita, apesar de existirem teorias como, por exemplo, a da ulceração cecal ser secundária à inflamação diverticular, à trombose na microcirculação cecal <sup>(6)</sup>, a traumas por corpo estranho, a medicamentos, principalmente anticoncepcionais e anti-inflamatórios não esteroides, a reações alérgicas <sup>(8)</sup> e até a infecções, principalmente por citomegalovirus e *Campylobacter jejuni* <sup>(2)</sup>.

É extremamente difícil realizar o diagnóstico no período pré-operatório, porém exames como enema opaco, tomografia de abdome e colonoscopia podem ajudar na melhor elucidação do caso, bem como afastar outros diagnósticos diferenciais <sup>(2)</sup>. No enema opaco, é possível constatar achados como falhas de enchimento ou hipermotilidade que sugerem processo inflamatório intestinal. A tomografia de abdome é bastante útil para evidenciar diagnósticos diferenciais como carcinomas, bem como complicações das úlceras como perfurações. Já a colonoscopia permite, por vezes, visualização da lesão e realização de biópsia, sendo o exame mais útil para o diagnóstico de úlceras benignas <sup>(7)</sup>.

A abordagem terapêutica mais indicada para tais casos é a ressecção cirúrgica do segmento intestinal acometido, tal conduta permite melhor estudo da lesão a fim de afastar neoplasia e realizar correto diagnóstico <sup>(2,9)</sup>. Alguns estudos demonstram resolução espontânea da úlcera benigna, sem necessidade de tratamento cirúrgico, tais estudos sugerem conduta expectante, com acompanhamento com

colonoscopia, nos casos sem complicações, tais como, perfuração, hemorragia e peritonite<sup>(7,9,10)</sup>.

No caso supracitado, foi optado por retirada do seguimento acometido, uma vez que a paciente encontrava-se com peritonite, evoluindo com sucesso no pós-operatório e com amostra satisfatória para diagnóstico e tratamento da afecção. Assim conclui-se que a paciente foi beneficiada pela escolha terapêutica e o caso além de raro foi devidamente registrado e conduzido tornando-se relevante cientificamente.

Solitären Kolonulcera. Dtsch med Wschr. 1987; 112(2): 53-56.

**\* Autor correspondente:**

CLÁUDIO MATIAS BARROS JÚNIOR

Rua Princesa Isabel, 1526 - Farias Brito, Fortaleza - CE, 60015-061.

Email: claudio.pe91@gmail.com

### Referências

1. Machuca LP, Arróspide MT, Cheng HC, Chirinos OI, Zacarias FC, Lasteros FL. Idiopathic cecal ulcer: report of a case. *Rev gastroenterol.* 2013; 33(4): 335-340.
2. Buffara VA, Marchesini JB, Frare RC, Coelho JCU. Úlcera Benigna do Ceco. *Rev Bras Colo-Proct.* 1990; 10(1): 17-19.
3. Au FC, Betty NG, Putong P, Lauby VW. Benign ulcer of the cecum. *Dis Colon Rectum.* 1981; 24(6): 476-477.
4. Franco EV, M. Rivera F, Rodríguez LMR. Úlcera benigna solitaria de ciego. *Cir Esp.* 2000; 68(6): 521-614.
5. Atila K, Güler S, Göner C, Sarioğlu S, Bora S. Benign solitary cecal ulcer: a condition that mimics plastron appendicitis. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2010; 16 (6): 579-81.
6. Brodey PA, Hill CRP, Baron S. Benign Ulceration of the Cecum. *Radiology.* 1977; 122(2): 323-327.
7. Losanoff JE, Richman BW, Foerst JR, Griesemer AD, Mundis GM, Jones JW. Nonspecific Ulcers of the Colon. *Endoscopy.* 2003; 35(6): 521-525.
8. Ong J, Lim KH, Lim JF, Eu KW. Solitary caecal ulcer syndrome: our experience with this benign condition. *Colorectal Disease.* 2010; 13(7): 786-790.
9. Ona FV, Allende HD, Vivencio R, Zaky DA, Nadaraja N. Diagnosis and Management of Nonspecific Colon Ulcer. *Arch Surg.* 1981; 117(7): 888-894.
10. Bayerdörffer E, Sommer A, Weingart J, Ottenjann E. Gastrointestinale Blutung Bei