



Patología de la región ileocecal, hallazgos en TCMD

- Bustamante Marina, Larrañaga Nebil, Espil German, Altieri Mohedano Hugo, Perroni Paula, Kozima Shigeru.
- Servicio de Diagnóstico por imágenes Hospital general de agudos Dr. Cosme Argerich.
- Bs. As. Argentina

Introducción

La región ileocecal comprende:

- Ciego
- Válvula ileocecal
- Íleon terminal
- Apéndice

Su patología puede implicar una o varias de estas estructuras. Siendo la TCMD útil para el diagnóstico diferencial de estas entidades

Objetivos

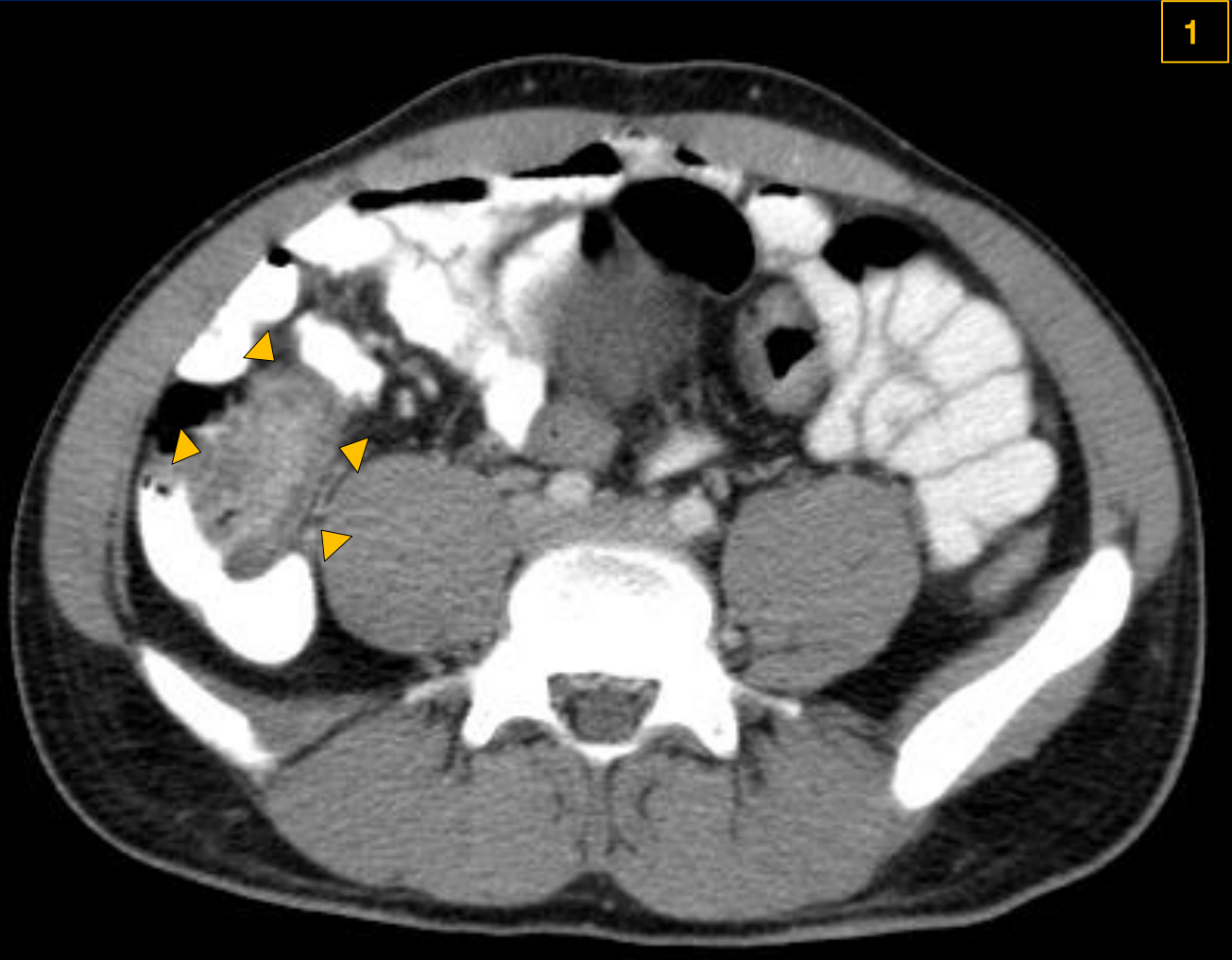
- Realizar una revisión de las diferentes entidades que afectan la región ileocecal, describiendo sus principales hallazgos visualizados en TCMD.

Revisión del tema

Revisaremos el espectro de patologías que afectan a esta región, a saber:

- **Patología infecciosa/inflamatoria:** Enfermedad de Crohn, tuberculosis intestinal, plastrón apendicular, apendicitis asociada a obstrucción intestinal.
- **Tumoral:** De ciego, de ápex, Linfoma.
- **Otras:** Invaginación, perforación de ciego y vólvulo.

1



Enfermedad inflamatoria intestinal que afecta con mayor frecuencia al íleon (95%) y al colon derecho. La forma confinada a la región ileocecal puede simular una apendicitis aguda.

TCMD: observamos engrosamiento y realce mural, el depósito de grasa submucosa, ingurgitación de los vasos rectos, estenosis y fístulas con dilatación proximal, absceso mesentérico/intraabdominal o flemón.

Figura 1. Tomografía de abdomen con contraste oral y ev. en reconstrucción axial donde se visualiza a nivel de la válvula ileocecal engrosamiento parietal focal y concéntrico (puntas de flecha) asociado a hiperrealce y estratificación parietal a dicho nivel.

Tuberculosis intestinal

Representa del 3-5% de TBC extrapulmonar, afectando a la región ileocecal en un 65- 85%., en concomitancia con TBC pulmonar en un 25% de los casos.

En TCMD: Engrosamiento de la pared circunferencial, engrosamiento asimétrico de la válvula ileocecal, linfadenopatía mesentérica con áreas centrales de baja atenuación.

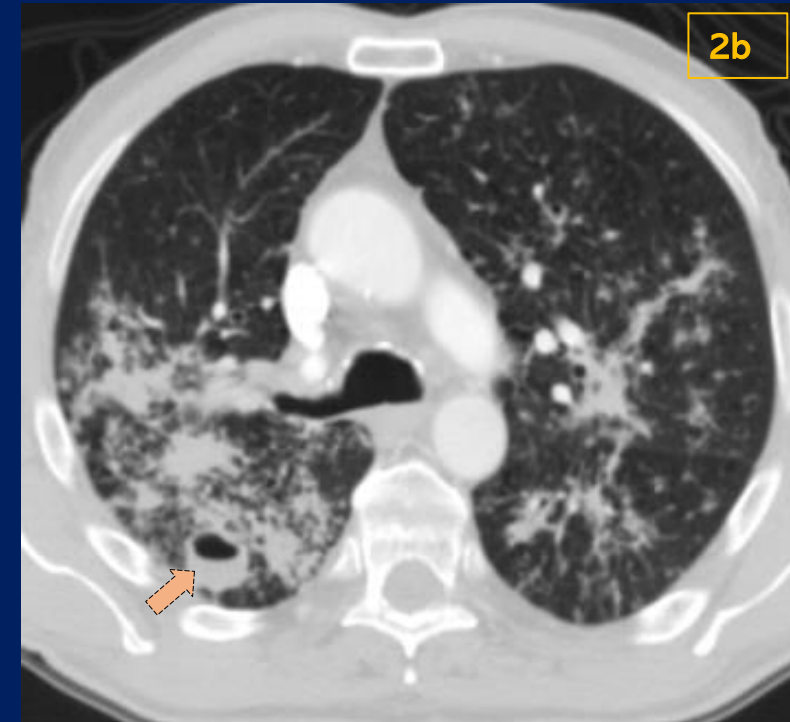


Figura 2. Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar intestinal. (a) Tomografía de abdomen con contraste oral y ev que demuestra engrosamiento parietal concéntrico a nivel de la válvula ileocecal (puntas de flechas) y adenomegalias regionales (flecha). (b) TCMD de tórax con contraste ev y en corte axial donde se visualizan en ambos lóbulos superiores nodulillos con disposición en árbol en brote y caverna con nivel (flecha) en el segmento superior del LID.

Apendicitis asociada a obstrucción intestinal

intestinal

La apendicitis aguda como causa de obstrucción intestinal es una situación infrecuente y se encuentra raramente publicada en la literatura contemporánea. Se presenta habitualmente como un íleo mecánico con isquemia del intestino en pacientes ancianos con apéndices perforados y con diagnóstico tardío.

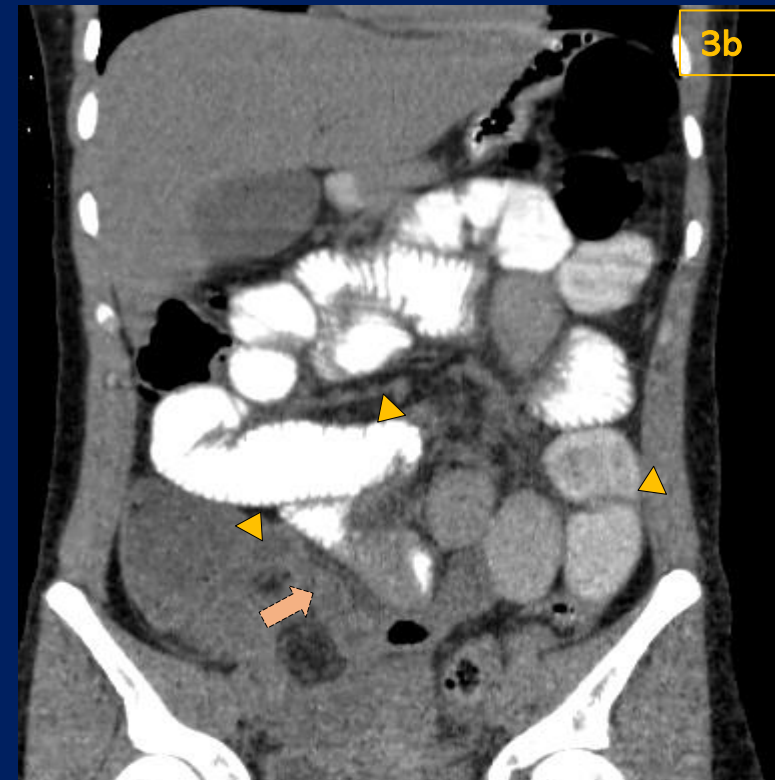
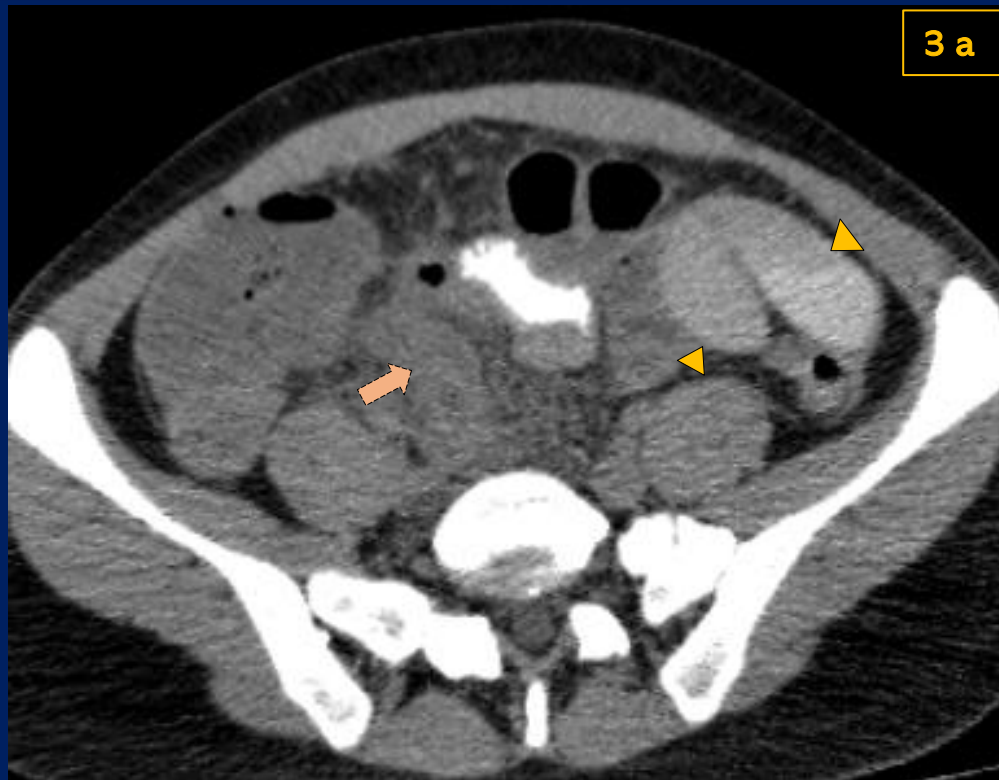


Figura 3. Tomografía de abdomen con contraste oral en reconstrucción axial (a) y coronal (b) donde se visualiza apéndice cecal aumentado de calibre (flecha) asociado a la presencia de rarefacción de planos grasos pericecales y a dilatación de asas intestinales (puntas de flechas) con niveles hidroaéreos.

Plastron apendicular

Es una complicación de la apendicitis aguda ocurriendo en 2-6%.

Formado por epiplón y asas intestinales

Mecanismo que intenta mantener localizado el proceso inflamatorio

Es una masa inflamatoria debida a perforación

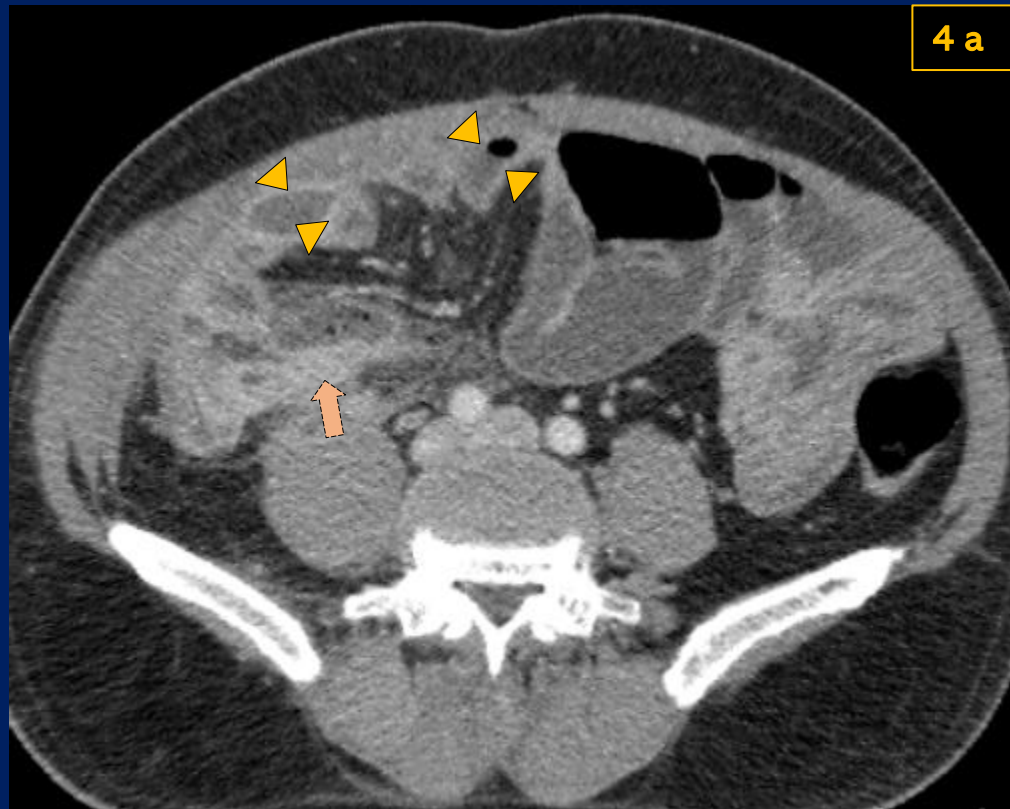


Figura 4. Tomografía de abdomen con contraste ev. en reconstrucción axial (a) y coronal (b) donde se aprecia la presencia de colecciones con realce parietal y burbujas (puntas de flecha) en fosa iliaca derecha, presencia de apéndice aumentado de calibre (flecha) y rarefacción de planos grasos adyacentes(*).

Tumor de ciego

El cáncer de colon es la neoplasia más frecuentes del tracto gastrointestinal afectando el ciego en alrededor del 10% de los casos.

En TCMD observamos:

- Engrosamiento simétrico e irregular de la pared del colon (> 6mm)
- Valorar la extensión extra cólica

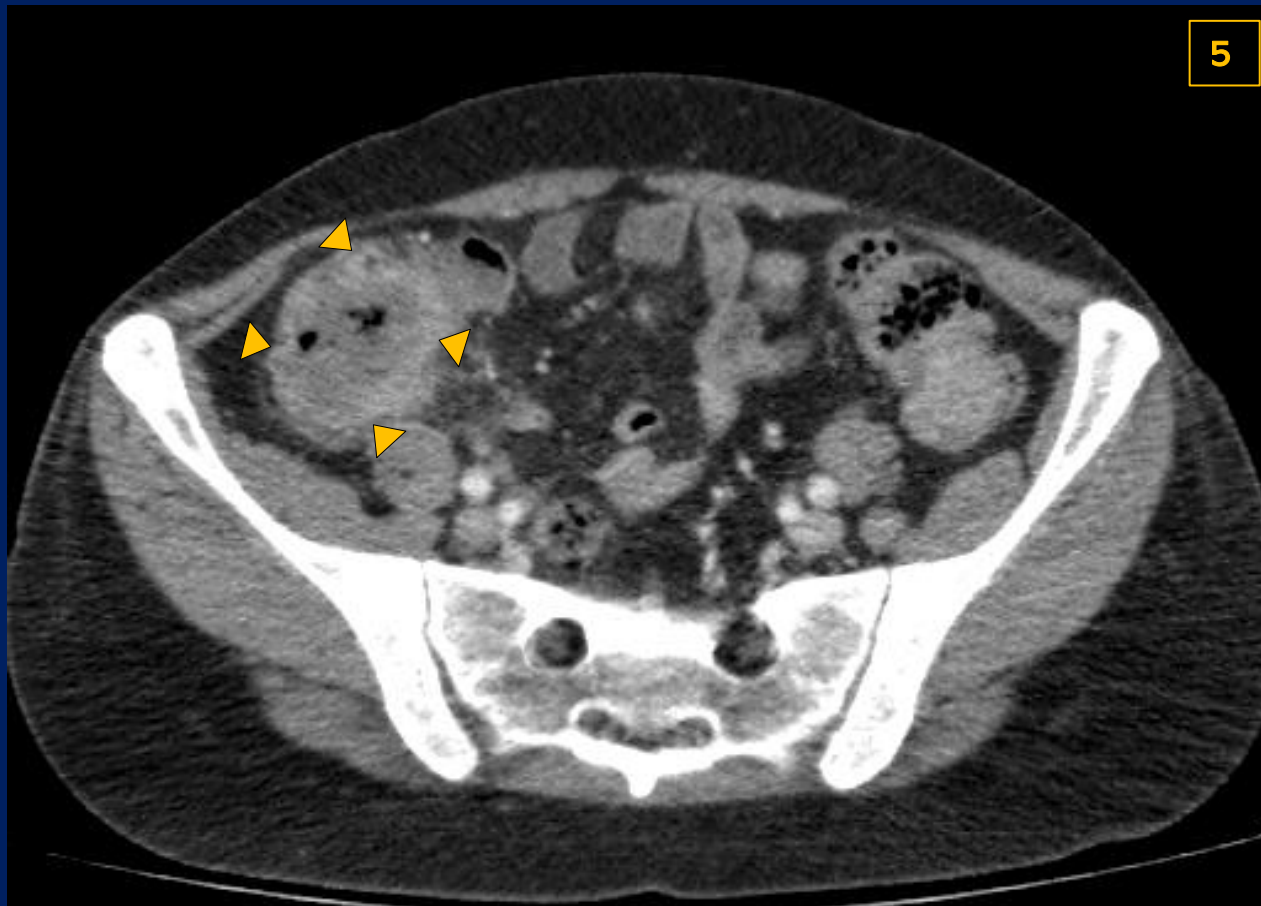


Figura 5. Tomografía de abdomen con contraste ev. en reconstrucción axial donde se observa engrosamiento parietal e irregular del ciego (puntas de flecha) asociado a rarefacción de planos grasos pericolicos.

Además se visualiza en el interior del colon descendente una imagen de aspecto polipoide (circulo) con realce tras la administración de contraste.

Tumor de base apendicular

Tienen una baja incidencia y se encuentra en el 1% de las apendicectomías.

Son operados por sospecha de apendicitis aguda, con diagnóstico de certeza en el estudio anatomopatológico

TCMD: clásicos signos de inflamación del apéndice vermiforme, entre ellos,

aumento del espesor del apéndice, rarefacción de la grasa pericecal, adenomegalias regionales

o puede observarse un patrón infiltrativo difuso

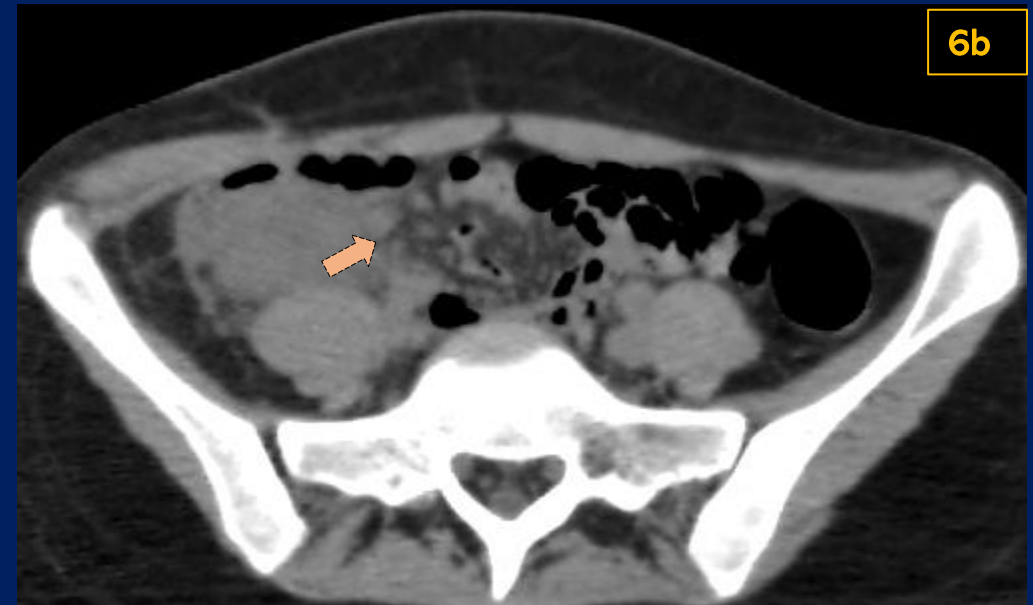


Figura 6. Tomografía de abdomen sin contraste en corte axial (a) y reconstrucción coronal (b) donde se visualiza engrosamiento parietal difuso de la región ileocolica (punta de flecha) en un paciente con antecedente de apendicetomía. Además se observa rarefacción de planos grasos pericecales y adenomegalias locoregionales (flecha).

El íleon distal es el sitio más común de linfoma de células B del intestino delgado debido a la mayor cantidad de tejido linfoide.

TCMD:

- Masa voluminosa circunferencial en la pared intestinal
- A menudo asociada con la extensión hacia el mesenterio y con adenomegalias regionales
- Afectación de un segmento de intestino relativamente largo y puede ulcerarse.
- Dilatación aneurismática habitualmente sin obstrucción intestinal.

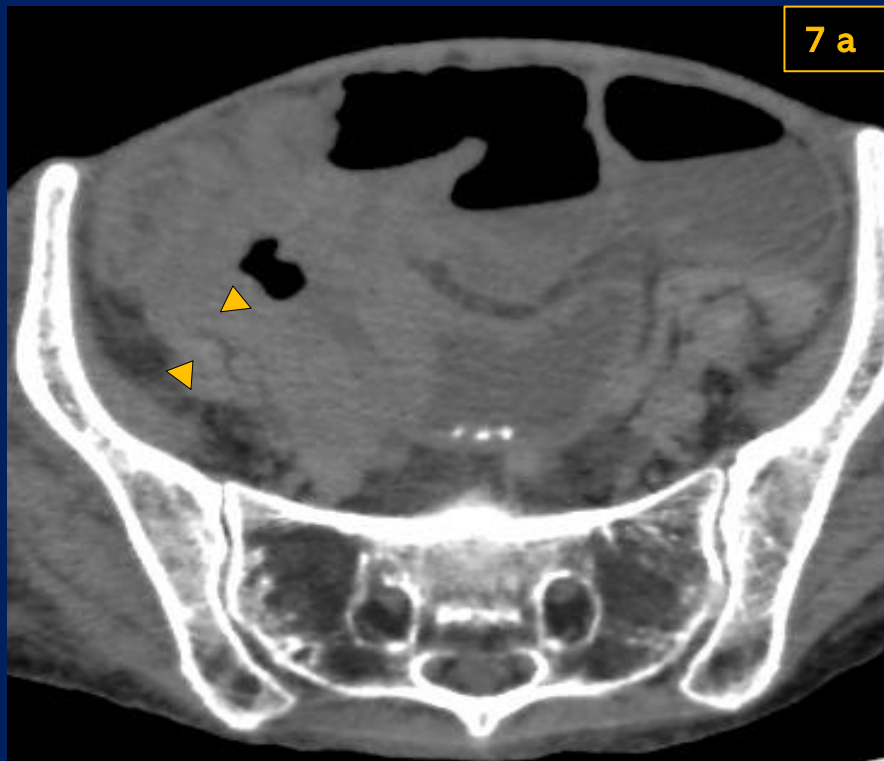


Figura 7. Tomografía de abdomen sin contraste en reconstrucción axial(a) y coronal (b). Se visualiza engrosamiento parietal concéntrico difuso (flecha) a nivel de la válvula ileocecal y en íleon terminal con dilatación de asas intestinales aguas arriba y adenomegalias locoregionales(puntas de flechas).

Perforación de ciego

La perforación de colon ocasiona una alta morbi-mortalidad. Puede ser causada por enfermedad intestinal inflamatoria, traumatismos, causas infecciosas, neoplasias o sus complicaciones asociadas, como obstrucción, necrosis o perforación por radiación. La TCMD es una herramienta útil para determinar el lugar de la perforación y la causa del mismo.

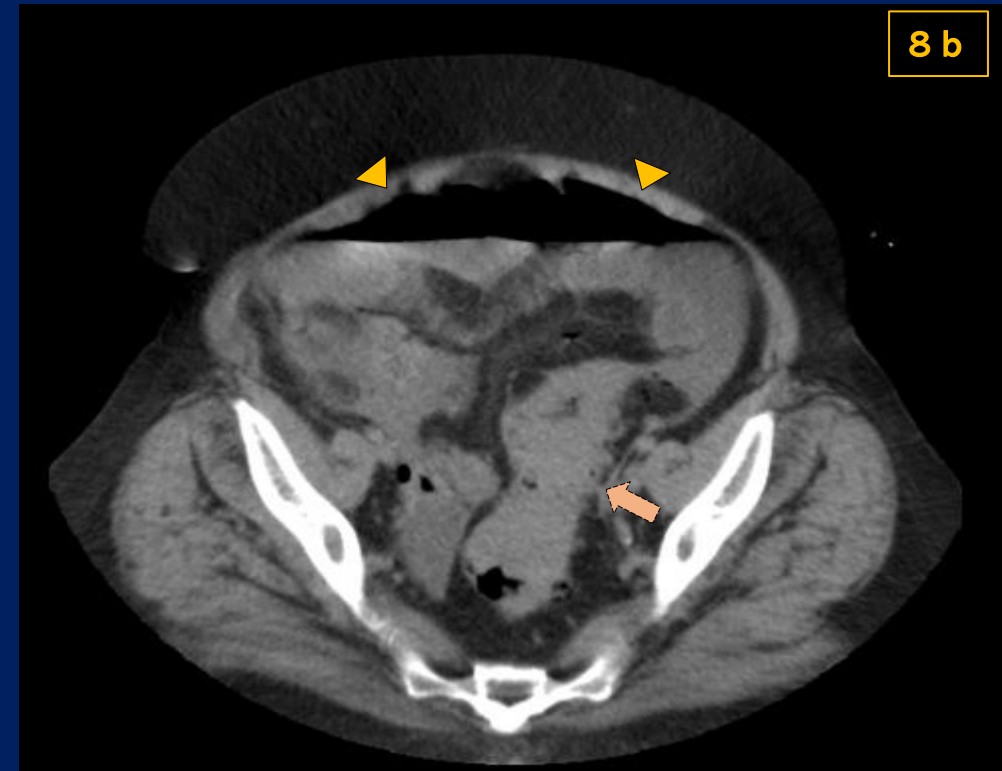
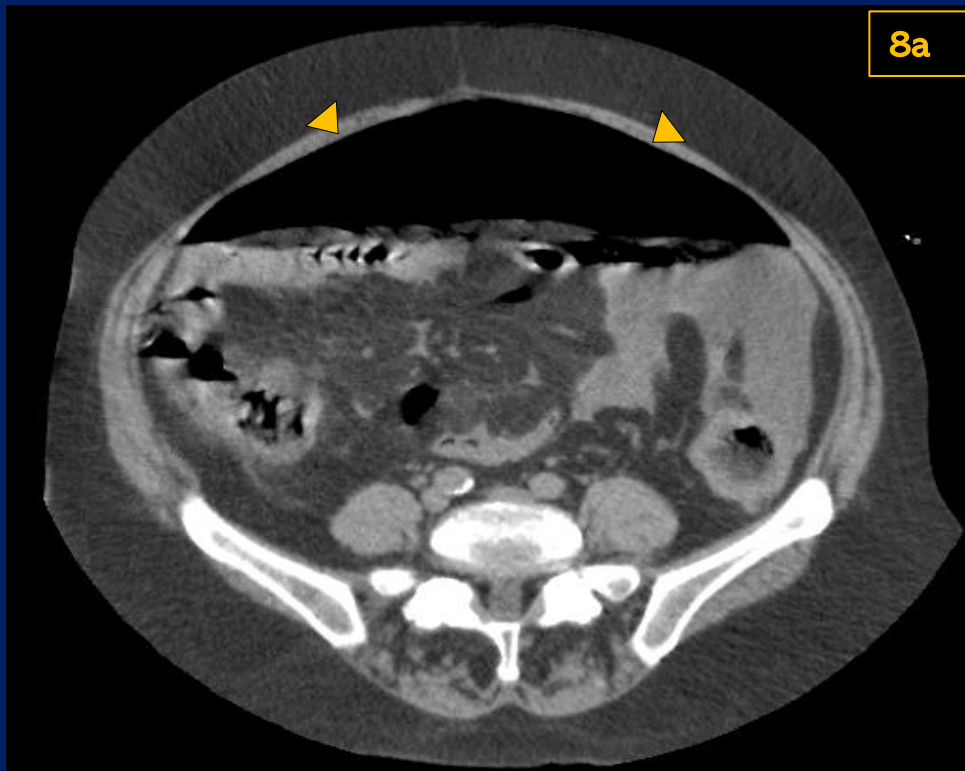


Figura 8. Tomografía de abdomen con contraste ev. en reconstrucción axial(a) y coronal (b) . Podemos evaluar la presencia de neumoperitoneo (punta de flecha) asociado a la presencia de liquido a nivel interasas y en la gotiera parietocolica, producto de la perforación del ciego por obstrucción a nivel del colon sigmoideas donde se observa la presencia de engrosamiento parietal concéntrico e irregular(flecha).

Invaginación ileocolica

Los lipomas son tumores submucosos infrecuentes compuestos por tejido adiposo rodeados por una cápsula fibrosa. En TC se visualizan como masas homogéneamente hipodensas (-80 -120 UH). La mayoría de ellos se localizan en el colon, y dentro de éste a nivel cecal con mayor frecuencia. Entre el 20 y el 25% se localizan en el intestino delgado (íleon), donde pueden dar lugar a procesos obstructivos como la invaginación intestinal.

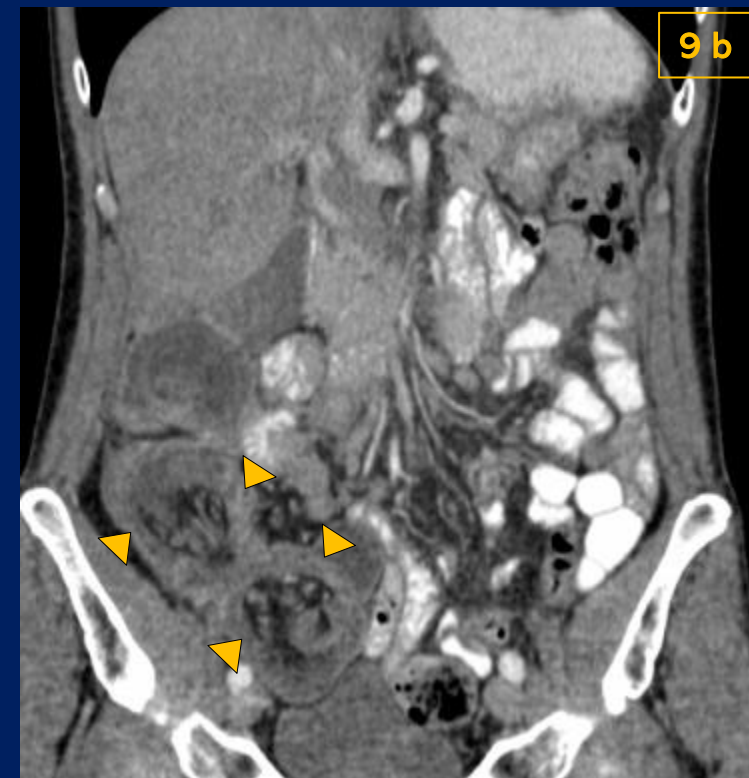
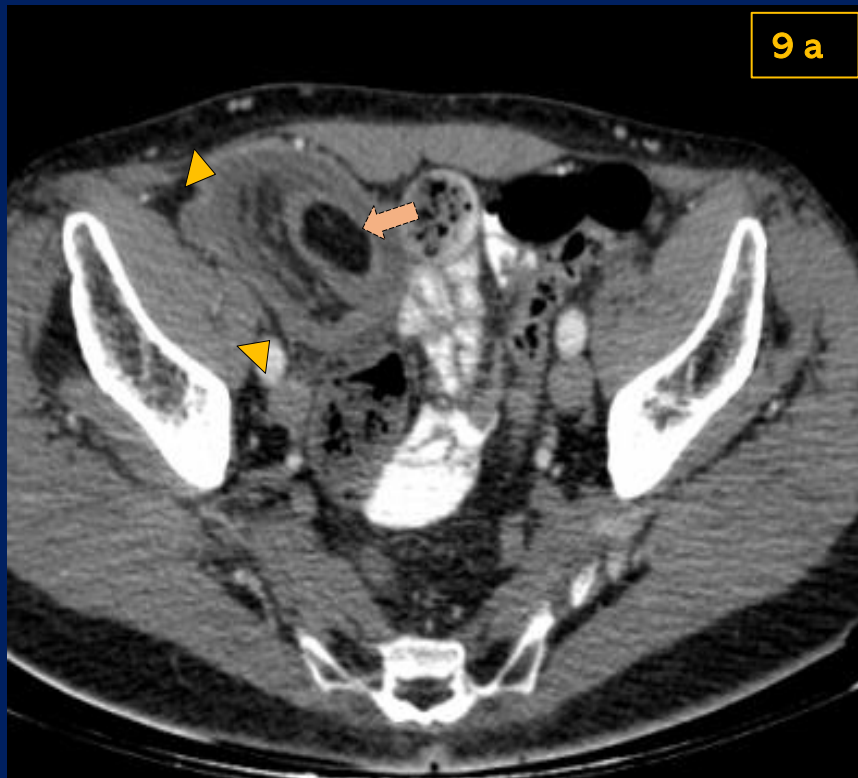


Figura 9. Invaginación ileocolica debido a lipoma. Tomografía de abdomen con contraste oral y ev. en reconstrucción axial (a) y coronal (b) donde se aprecia la invaginación de íleon terminal junto con la grasa mesentérica (puntas de flecha) en la luz del ciego adyacente, producto de una imagen nodular con densidad grasa que actuó como cabeza de la invaginación..

Vólvulo de ciego

Representa cerca de 10% de todos los vólvulos intestinales

Clínicamente se presenta con obstrucción proximal del intestino grueso .

Suele producirse con dolor abdominal tipo cólico, vómitos y distensión abdominal.

En las imágenes de TC axial, el vólvulo cecal es sugerido por la dilatación extrema del ciego.

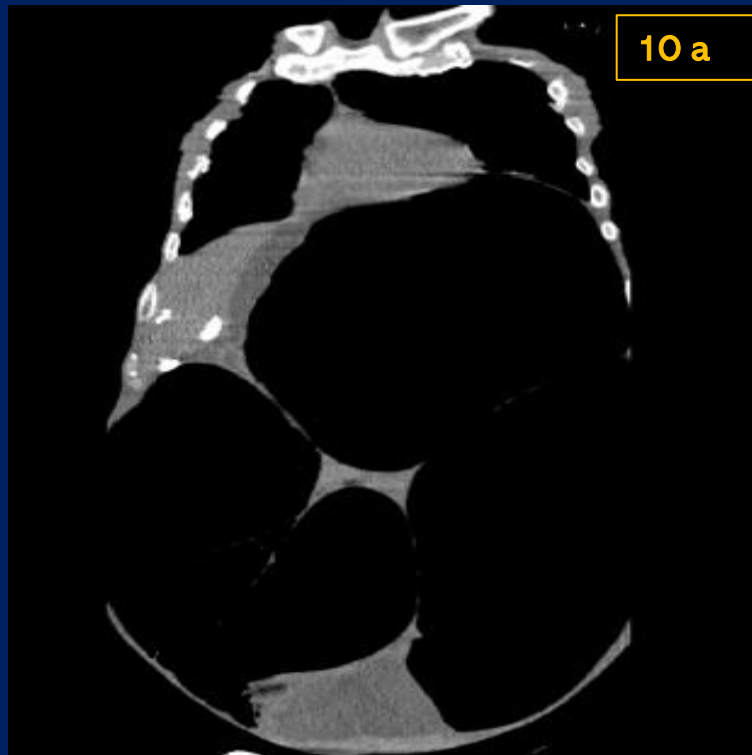


Figura 10. Tomografía de abdomen con contraste ev. en reconstrucción coronal(a) y sagital (b) donde se observa marcada dilatación del colon derecho desde fosa iliaca derecha hasta hipocondrio izquierdo.

Conclusión

- ✓ La TCMD ejerce un papel determinante en el diagnóstico diferencial de las diversas entidades que afectan a la región ileocecal y es fundamental para orientar el manejo terapéutico correcto de estos pacientes.

Bibliografía

1. *Debi U, Ravisankar V, Prasad KK, Sinha SK, Sharma AK. Abdominal tuberculosis of the gastrointestinal tract: revisited. World J Gastroenterol 2014; 20: 14831-40. 2.- Sood A, Midha V, Singh A. Differential diagnosis of Crohn's disease versus ileal tuberculosis. Curr Gastroenterol Rep 2014; 16: 418-24.*
2. *Hernanz-Schulman M. CT and US in the diagnosis of appendicitis: an argument for CT. Radiology. 2010;255:3-7.*
3. *SerourF, Dona G, Birkenfield S, Balassiano M, Krispin M. Neoplasias primarias del intestino delgado. J Surg Oncol 1992 ; 49: 29-34*
4. *LevineSRA, Rubesin SE, Pantongrag-Brown L, Buck JL, Herlinger H. Non-Hodgkin's linfoma del tracto gastrointestinal: hallazgos radiográficos.*
5. *L.W. Hotchkiss. Acute intestinal obstruction following appendicitis. Ann Surg., 34 (1901), pp. 660-677.*
6. *Morera-Ocón, Hernández-Montes, Bernal-Sprekelsen. Invaginación intestinal en el adulto: presentación de un caso y revisión de la literatura médica española. Cir Esp, 86 (2009), pp. 358-362.*
7. *Balthazar EJ, Gordon R, Hulnick D. Tuberculosis ileocecal: TC y evaluación radiológica. AJR Am J Roentgenol. 1990; 154 (3): 499-503.*
8. *McGory M, Maggard M, Kang H, O'Connell J, Ko C. Malignancies of the appendix: beyond case series reports. Dis Colon Rectum 2005; 48: 2264-2271.*