

# NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2022;119(2):104-106



## Colitis quística profunda: una patología a recordar

Reoyo-Pascual José-Felipe<sup>a</sup>, Cabriada-García Guillermo<sup>a</sup>, González-Prado Cristina<sup>a</sup>, Alonso-Alonso Evelio<sup>a</sup>, García-Plata Esther<sup>a</sup>, Martínez-Castro Rosa-María<sup>a</sup>, Álvarez-Rico Miguel<sup>a</sup>

(a) Sanidad de Castilla y León-SACYL. Hospital Universitario de Burgos. Servicio de Cirugía General y del Apto. Digestivo.

Recibido el 4 de diciembre de 2021; aceptado el 14 de marzo de 2022

### Resumen:

La Colitis Quística Profunda (CQP) es una patología infrecuente. Esta ha de engrasar el abanico diagnóstico del gastroenterólogo y del cirujano digestivo puesto que se trata de una enfermedad benigna que puede simular un cáncer colorrectal bien diferenciado tanto por el modo de presentación clínica, como en las imágenes diagnósticas.

© 2022 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### PALABRAS CLAVE

Colitis.  
Quistes colon.  
Colitis profunda.

### Deep cystic colitis: a pathology to recognise

#### Abstract:

Deep Cystic Colitis is an infrequent pathology. Since it is a benign disease that can simulate a well-differentiated colorectal cancer, its knowledge is important to gastroenterologist and digestive surgeon.

© 2022 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

### KEYWORDS

Colitis.  
Colon cysts.  
Deep colitis

### Introducción

La colitis quística profunda (CQP) es una patología infrecuente con menos de 200 casos descritos en la literatura.

No obstante, resulta fundamental reconocerla para evitar confundirla con un cáncer colorrectal<sup>1</sup>.

### Caso clínico (desarrollo de la experiencia)

Presentamos el caso de una paciente de 42 años remitida a consulta por rectorragia, alteración del tránsito y síndrome constitucional.

La exploración física resulta anodina. Se realiza colonoscopia en la que se evidencia úlcera rectal solitaria a

10 cm de margen anal y se toman biopsias que describen escaso material superficial con signos sugestivos de ulceración inespecífica. En el colon descendente se observan pseudopólipos con mucosa colónica normal, inespecíficos (Figura 1).

Se realiza RMN que viene informada como engrosamiento ulcerado de la pared del recto medio con otra pequeña lesión rectal satélite, sin evidencia de proceso tumoral o inflamatorio. Con todo ello, se realiza cirugía transanalmínimante invasiva (TAMIS) resecando úlcera rectal de 8 mm a 10 cm de margen anal y dos “pseudopólipos” adyacentes.

El informe anatomopatológico viene informado como úlcera rectal de 8 mm asociada a quistes submucosos que contienen material mucinoso y obliteración fibromuscular de la submucosa, en relación a posible colitis quística profunda (Figura 2).

La paciente evoluciona satisfactoriamente durante su postoperatorio permaneciendo asintomática y con control endoscópico a los 3 meses de la intervención en el que se evidencia ausencia de úlceras colónica, pero con varios quistes de unos 10 mm a lo largo del colon izquierdo, cubiertos por mucosa normal.

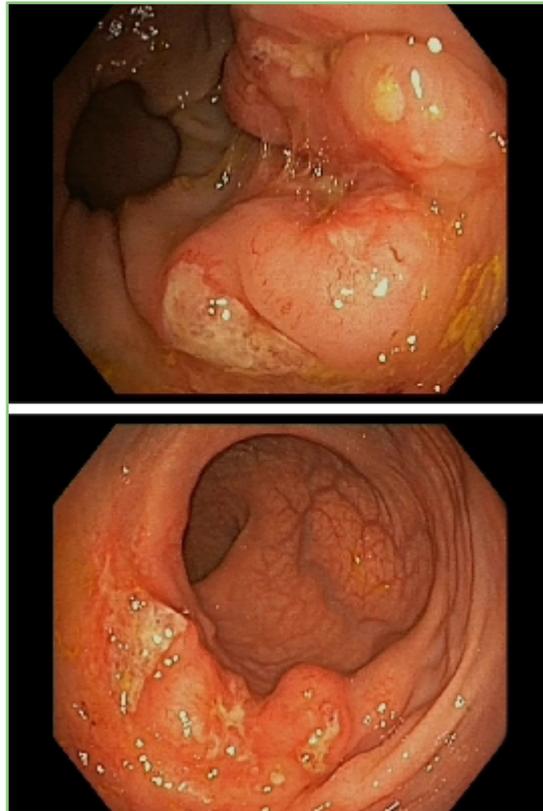


Figura 1: Pseudopólipos con mucosa colónica normal.

### Discusión

La CQP es una entidad benigna caracterizada por la presencia de quistes mucinosos localizados en la capa submucosa del colon formando lesiones polipoideas solitarias o múltiples pudiendo clasificarse en tres formas: localizada (la más frecuente, afectando al recto), segmentaria (afectando a un segmento colónico, predominantemente descendente), y difusa (afectando a todo el colon)<sup>1,2</sup>.

Su etiología es desconocida, coexistiendo varias teorías acerca de un posible origen congénito, postinflamatorio o incluso post-traumático<sup>3</sup>. La sintomatología es variable e inespecífica incluyendo hematoquecia, tenesmo y dolor abdominal, siendo probablemente la manifestación de un amplio abanico de alteraciones entre las que se incluyen la úlcera rectal solitaria y el prolapso rectal.

Para el diagnóstico contamos con la endoscopia en la que se observan pólipos cubiertos de mucosa normal y el enema opaco puede arrojar datos sugerentes pero inespecíficos.

La imagenología como el TAC y la RMN pueden identificar lesiones submucosas no infiltrantes, pero quizás sea la ecoendoscopia la que proporcione unos datos más orientativos, pudiendo observar múltiples quistes hipoeoicos sin interrupción de las capas profundas de la submucosa con área de ecorrefringencia fibrosa interquística y ausencia de linfonodos o invasión muscular<sup>4,5</sup>.

Pero, sin duda, es el estudio endoscópico de la pieza quirúrgica, como en el caso descrito, lo que confirma el diagnóstico observando formación intramural de quistes submucosos rodeados de mucosa normal<sup>6</sup>.

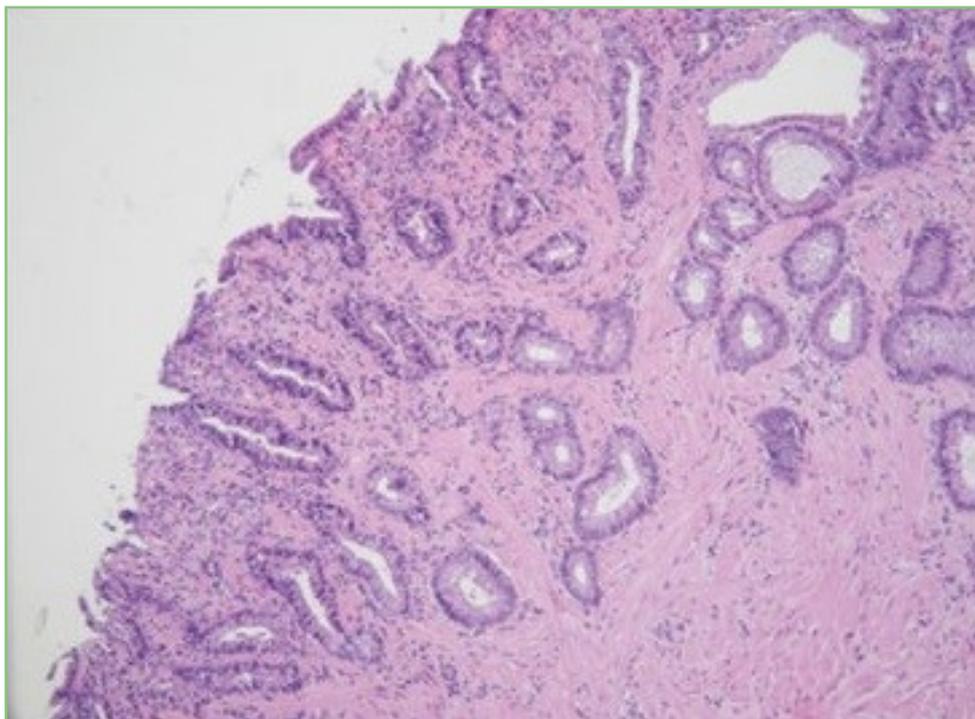


Figura 2: Úlcera rectal de 8 mm asociada a quistes submucosos que contienen material mucinoso y obliteración fibromuscular de la submucosa, en relación a posible colitis quística profunda.

Esta entidad puede confundirse con otras patologías como enfermedad inflamatoria intestinal, lesiones adenomatosas o incluso cáncer colorrectal bien diferenciado<sup>7,8</sup>.

El tratamiento incluye medidas higiénico -dietéticas (reeducación de hábitos intestinales, disminuir estreñimiento, dieta rica en fibra, etc.); tratamiento médico como soluciones de polietilenglicol, ablandadores de heces, enemas de sucralfato/corticoides, etc. Estas medidas conservadoras resuelven la mayoría de los síntomas<sup>9</sup>.

En caso de complicación, está indicado el tratamiento quirúrgico que puede ir desde la escisión transanal local hasta la resección de los segmentos colónicos afectados<sup>10</sup>.

En conclusión, la CQP es una patología infrecuente pero que ha de engrosar el abanico diagnóstico del cirujano colorrectal, puesto que se trata de una enfermedad benigna que puede simular un cáncer colorrectal bien diferenciado tanto por el modo de presentación clínica, como en las imágenes diagnósticas.

#### Bibliografía

1. Guest CB, Reznick RK. Colitis cystica profunda. Review of the literature. *Dis Colon Rectum* 1989; 32 (11): 983-8.
2. Darrell S. Pardi, Thomas G. Cotter Chapter 128. Other diseases of the colon and rectum. In: Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 11th ed. USA: Elsevier Science; 2021. 2153-68.
3. De Toro CG, Villaseca HM, Roa S JC. Colitis quística profunda posradioterapia. Caso clínico. *Rev Med Chil* 2007; 135: 759-63.
4. Valenzuela M, Martín-Ruiz JL, Álvarez-Cienfuegos E, Caballero AM, Gallego F, Carmona I, et al. Colitis cystica profunda: Imaging diagnosis and conservative treatment: Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (5): 587-90.
5. Valenzuela M, Martín-Ruiz JL, Álvarez-Cienfuegos E, Caballero AM, Gallego F, Carmona I, et al. Colitis cystica profunda: Imaging diagnosis and conservative treatment: Report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (5): 587-90.
6. Kruger S, Noack F, Feller A C, Birth M. Colitis cystica profunda and giant inflammatory pseudopolyp in Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 2005; 20: 383-84.
7. Villanueva E, Peña J P, Rocha J L. Colitis quística profunda. Informe de un caso. *Rev Gastroenterol Mex* 1997; 62: 46-9.
8. Del Rey-Moreno, A; Jiménez JJ; Moreno-Ruiz, FJ, Hierro-Martín, I. Asociación de enteritis quística profunda, ileocolitis de Crohn y endometriosis como causa de obstrucción intestinal. *Cir Esp*. 2008;83(5):267-75.
9. Ng CFJ, Hull DA, Feakins RM, Baithun S, Dorudi S. Enteritis cística profunda. *J R Soc Med*. 2004;97:29-30.
10. Tajika M, Nakamura T, Kawai H, Sawaki A, Mizuno N, Takahashi K, et al. A case of colonic morule with colitis cystica profunda. *Gastrointest Endosc* 2007; 65 (1): 162-3.