

Oclusión intestinal por tumor amebiano de colon

A propósito de 2 observaciones

Dres. Alfredo Armand Ugon, Raúl Besenzoni,
Martín Harretche y Julio López Susviela

Los amebomas son tumores inflamatorios con un agente específico que se ven en el 1 % de los amebiásicos.

Presentamos 2 observaciones en oclusión. Su diagnóstico diferencial con el cáncer es difícil, y ante la duda se va a la resección. A posteriori se debe hacer tratamiento médico complementario.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Amebiasis.

*Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola).
Hospital Maciel. Montevideo.*

2) T.I. de especificidad etiológica: Traumatismos, divertículos, pólipos, cuerpos extraños, etc.

3) T.I. sin especificidad etiológica: con una histología común (Enf. de Crohn) o con una histología de inflamación banal (Granuloma inespecífico).

INTRODUCCION

Los tumores inflamatorios amebianos del colon constituyen una rareza en nuestro medio, donde sólo existen 5 casos publicados (4, 5, 8) desde 1918, cuando el Prof. Lasnier los describe por vez primera en 3 enfermos operados por Mérola y Gaminara.

Nuestra intención es volver a traer al tapete el tema a raíz de haber vivido dos situaciones consecutivas que nos enfrentaron a problemas de orden diagnóstico y terapéutico; aprovechando para efectuar una breve revisión.

DEFINICION Y CLASIFICACION

Los tumores inflamatorios amebianos, tumores de Lasnier o amebomas, forman parte de la patología tumoral inflamatoria del colon, que agrupa un gran número de afecciones diferentes.

Son lesiones de carácter inflamatorio que fueron descritas por Virchow en 1853; de evolución aguda, subaguda o crónica, con tendencia estenosante e hipertrófica, que determinan el desarrollo de una masa tumoral (3, 10, 11).

El mérito de agruparlas radica en reunir afecciones de distinto origen, reconociendo una unidad clínica e histológica, y estableciendo una clasificación simple (1).

1) T.I. con un agente específico (bacteriológico y otros): BK, amibas, etc.

Presentado como Tema Libre al 29º Congreso Uruguayo de Cirugía. Piriápolis, diciembre 1978.

Residente de Cirugía, Médico Auxiliar, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Anatómo Patólogo.

Dirección: Tacuarembó 1587, Montevideo (Dr. A. Armand Ugon).

PATOGENIA

La presencia de la amiba en el tubo digestivo se traduce habitualmente por una sintomatología definida, que constituye el síndrome disentérico (2, 7). Muy raramente se llega a una respuesta especial de la pared del colon frente a la agresión del microorganismo, con formación de tejido de granulación y fibrosis, afectándose desde la mucosa a la serosa todas las paredes del colon (1, 7, 12). Se desarrolla así una forma tumoral o pseudotumoral proliferante.

FRECUENCIA

Es de presentación muy poco frecuente, en el 1 % de los enfermos amebiásicos. Patel en 1956 halla 130 observaciones en la literatura mundial (3).

En nuestro medio es excepcional. A las tres primeras comunicaciones de Lasnier (8) siguen 2 ulteriores de Haran (4) y Karlen (5) y ahora las dos nuestras. Ello se debe a que la amebiasis no es una enfermedad endémica sino esporádica en el Uruguay.

LOCALIZACION

El colon derecho, y en especial el cecoascendente, monopolizan el 70 % de las localizaciones. En el transverso y en el recto se les encuentra en un 12 %. El resto, alrededor del 5 %, se localizan en el sigmoides (10, 12, 14).

ANATOMIA PATOLOGICA

Macroscópicamente son tumores voluminosos, extendidos longitudinalmente, mal delimitados.

tados, y de consistencia dura, pero no uniforme (8).

Microscópicamente se describen 3 zonas:

1) Interna: Con escasa mucosa, abundante necrosis, recubierta de fibrina y con gran cantidad de amibas presentes.

2) Media: Constituida fundamentalmente por tejido de granulación, con infiltración polinuclear eosinófila y folículos linfocitos numerosos, algunos en vías de supuración.

3) Externa: Solamente fibrosa en su periferia; va mostrando el pasaje progresivo de la granulación a la fibrosis.

En suma, son tumores de la pared colónica formados por tejido de granulación que llega a ser fibroso, sustituyendo mucosa y submucosa; que resultan de un proceso inflamatorio que causa grandes necrosis y provoca reacciones tisulares. Anatómicamente no hay una franca especificidad y podrían ser banales si no fuera por la presencia de las abundantes amibas. Ellas provocan las modificaciones de tipo crónico productivo, con fibroesclerosis retráctil que estenosa la luz. A esto se agrega la neoformación que intenta reparar lo destruido (1, 2, 8, 14).

PRESENTACION CLINICA

Pueden presentarse bajo dos formas: agudas o crónicas.

a) Crónicas. Desde el punto de vista funcional el cuadro es comparable al del cáncer de colon, con trastornos del tránsito, fundamentalmente diarreas, hemorragias, suboclusiones y toque del estado general con fiebre. Lo que puede llamar la atención a veces son las frecuentes remisiones del cuadro.

Desde el punto de vista físico el tumor doloroso, de límites poco netos, de consistencia dura pero variable en el propio tumor y en exámenes sucesivos (8, 10).

b) Agudas. Constituyen los amebomas complicados:

- 1) Perforaciones. Peritonitis aguda difusa por el tumor perforado o por otra perforación distinta en mecanismo y topografía.
- 2) Hemorragias. El sangrado digestivo puede deberse al tumor ulcerado o a otras causas concomitantes.
- 3) Oclusiones. Se producen por la estenosis luminal del ameboma, u otras causas: bahuinitis, invaginación utilizando el tumor como boudín, o vólvulos que tienen por eje al tumor o bridas peritumorales (3, 11).

Nuestras observaciones corresponden ambas a complicaciones oclusivas:

Obs. 1.— F.G. 56 años, sexo masculino. Reg. 133.579 (Asoc. Frat.). Desde hace 4 días dolor cólico difuso, detención del tránsito para materias y gases y disten-

sión abdominal. Hace un mes episodio similar que retrocede espontáneamente. Al examen está febril, con estado general conservado, abdomen distendido con asimetría a predominio izquierdo, timpánico, doloroso. T.R. s/p. La Rx. simple señala oclusión cerrada de colon.

Hallazgo operatorio: Oclusión cerrada de colon por tumor voluminoso de sigmoides, no hay ganglios ni hígado nodular. Existencia de mesenterio común. Se realiza sigmoidectomía y anastomosis término-terminal, previa decompresión por punción cecal.

Apendicectomía y apendicostomía sobre Pezzer. Evolución s/p. alta al 10º día. La anatomía patológica (Dr. López Susviela) Nº 6939 reveló el ameboma.

Obs. 2.— A.B. de C. 61 años, sexo femenino. Reg. 147.521 (Asoc. Frat.). Cuadro oclusivo incompleto de 6 días de evolución con dolor, distensión y vómitos. Adelgazamiento de 7 kg. Al examen deshidratación, distensión centroabdominal y timpanismo. Rx.: Oclusión colo-ileal. La operación revela tumor de colon ascendente. No ganglios. Hígado sano. Se practica hemicolectomía derecha con anastomosis término-lateral. Evolución s/p. alta al 14º día. La anatomía patológica (Dr. López Susviela) evidenció el ameboma.

EXAMENES PARACLINICOS

Destacamos:

- 1) Hallazgo de las amibas en el coproparasitario.
- 2) En el colon por enema: Lesión extendida longitudinalmente en 10 - 20 cm.; zona de transición progresiva entre lo sano y lo enfermo; conservación de los pliegues de la mucosa; presencia de trayectos fistulosos (10, 12).
- 3) La endoscopia revela ulceraciones no extensas ni tórpidas (12).

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Las dificultades que se presentan en el diagnóstico etiológico tienen por consecuencia directa dificultades en el tratamiento quirúrgico, y de allí surge un elevado número de resecciones.

Desjardins dice que es una enfermedad de diagnóstico quirúrgico y tratamiento médico (7). Serafino (10) expresa: "La amebiasis simula el cáncer, el cáncer simula la amebiasis; pero también ambos se asocian".

El ameboma que enfrenta el cirujano en general es el complicado, con el cuadro clínico dominante de la complicación, quien dicta la conducta terapéutica (7, 10, 12).

Aún con el abdomen abierto la semiología operatoria no es absoluta, y se opta por reseca. Los elementos que nos pueden orientar en la etiología amebiana son la existencia de un tumor voluminoso y extendido, con complejo pericólico inflamatorio, con abscesos hepáticos y presencia de adenopatías supuradas (12).

Ante la duda se reseca, pero para modificar dicha tendencia en los casos no complicados se puede, luego de los coproparasitarios, arterio-

grafías, colon por enema y endoscopías, utilizar más el tratamiento médico de prueba, siempre que no sea prolongado, ya que de todas maneras constituye un excelente preoperatorio.

Por último no se debe omitir ni menospreciar el tratamiento específico de la amebiasis en el postoperatorio, hecho que puede llevar a graves complicaciones con riesgo de vida (2, 4, 14).

RESUME

Occlusion intestinale par tumeur amoebienne du côlon. A propos de 2 observations

Les amebomes sont des tumeurs inflammatoires spécifiques que l'on trouve dans 1 %, des malades amebiques.

On présente 2 observation compliquées d'occlusion. Son diagnostic différentiel avec le cancer est très difficile, et on pratique généralement la résection. Après l'intervention on doit faire le traitement médical complémentaire.

SUMMARY

Intestinal Occlusion due to Colonic Amebic Tumor. Two cases

Amebomas are inflammatory tumors with bacteriologic specificity and are found in 1 % of amebiasis patients.

Our two patients developed occlusion. Differential diagnosis with cancer is difficult, so when in doubt the tumor should be resected.

This could be followed by complementary medical treatment.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BREMEN A, FLAMMAND C. Les tumeurs inflammatoires du colon. *Acta Chir Belg* (Supl.), 2, 1958.
2. CARAYON A, TOURNIER-LASSERNE C. L'amibiase colique chirurgicale. *Med Trop*, 22: 543, 1962.
3. FRANCILLON J, BOUCHET A, LAUSI A. Aspects pseudoneoplasiques des tumeurs caecales. *Lyon Chir*, 59: 210, 1963.
4. HARAN AM. Oclusión intestinal por tumor cólico amebiano. *Bol Soc Cir Uruguay*, 19: 465, 1939.
5. KARLEN M. Un nuevo caso de tumor inflamatorio amebiano de Lasnier. *Bol Soc Cir Uruguay*, 14: 17, 1943.
6. KOFFRE J. Ameboma rectal. *Rev Esp Enf Ap Digest*, 47: 249, 1976.
7. KAUSHIK S. Amebic granuloma of the large bowel. *Int Surg*, 58: 810, 1973.
8. LASNIER E. Tumor inflamatorio amebiano del intestino grueso. *An Fac Med Montevideo*, 3: 810, 1918.
9. PRADEL E, LETAILLEUR M, MARTIN E, HEPP J. Les pseudotumeurs du carrefour ileocaecoappendiculaire. *Ann Chir*, 24: 1341, 1970.
10. SERAFINO Y, NOSNY P, DIOUF B. Tumeurs et fausses tumeurs chez les amebiasiques. *Rev Prat*, 13: 2903, 1962.
11. SICARD J, FLABEAU F. Les tumeurs inflammatoires du caecum. *J Chir*, 109: 5, 1975.
12. SOW M, CHERBONNEL G, NUSSAUME O, DIOUF A. Invagination intestinale aigue sur amebome. *Lyon Chir*, 73: 329, 1977.
13. SPICKNALL J, CHISHOLM A. Amebic granuloma. *N Engl J Med*, 250: 1055, 1954.
14. TREVIÑO M. Gránuloma amebiano del colon. *Rev Gastroenterol Mex*, 32: 443, 1967.