

Amebiasis Cecal a Forma Tumoral Ulcerada

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS: ME-DIARS) AMEBOMA/ AMEBIASIS.

RESUMEN

Los autores presentan un caso de pseudotumor amebiano cecal ulcerado en un enfermo procedente del campo, que debutó bajo la máscara de una periapendicitis plástica abscedada, lo que determinó la intervención quirúrgica de urgencia, realizándose una hemicolectomía derecha. El diagnóstico sólo se pudo efectuar mediante el estudio microscópico de la pieza luego del hallazgo de formas vegetativas amebianas con imágenes histológicas típicas. La evolución ulterior fue buena y se realizó el tratamiento con drogas específicas.

SUMMARY

ULCERATED

TUMOR AS A FORM OF CECUM AMEBIASIS

A case of amebic ulcerated pseudo-tumor of the cecum in a country's patient is presented. The patient was operated on the diagnosis of an appendicular abscess and a right hemicolectomy was performed. The diagnosis was done after the histology examination, showed typical amebic trophozoite forms. The evolution was good and specific drug treatment was given.

RESUME

AMIBIASE CAECALE A PRESENTATION TUMORALE ULCEREE.

Les auteurs présentent un cas de pseudo-tumeur ulcérée de caecum dans un patient procédant de la campagne qui a debuté sous la masque d'une plastron appendiculaire abscedée, ce qui a déterminé l'intervention chirurgicale d'urgence réalisant une colectomie droite. Le diagnostic seulement s'est effectué avec l'étude microscopique lors de la rencontre des formes trophozoites avec images histologiques typiques. L'évolution ultérieure fut bonne et on a réalisé le traitement avec des drogues spécifiques.

INTRODUCCION: La amebiasis puede determinar a nivel del colon cuadros quirúrgicos de difícil diagnóstico diferencial clínico, radiológico y aún macroscópico. Esta dificultad determina en ocasiones la realización de procedimientos de exéresis excesivos o innecesarios. Un factor que favorece esta situación es la baja incidencia de estos cuadros, lo que en general determina, luego de indicada y efectuada la laparotomía, que el cirujano atribuya el diagnóstico a otras entidades nosológicas (tumor, cáncer, colitis de Crohn, colitis ulcerosa crónica, úlceras simples, tifoidea, etc.).

La presente observación es un buen ejemplo de lo anteriormente expuesto, tratándose de una

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 1° de Septiembre de 1982

Prof. Adj. Dpto. de Emergencia Asistenes Clínica Quirúrgica "A" Médico Auxiliar Clínica Quirúrgica "A" y Prof. Adj. Dpto. de Emergencia.

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302. Montevideo (Dr. F. Croci)

Dres. Gonzalo Estape, Fabio Croci, Carmelo Gastambide, Ernesto Perez Penco y Edgardo Torterolo.

— *Departamento de Emergencia del H. de Clínicas (Director Prof. C. Guaymirán Ríos Bruno) y de la Clínica Quirúrgica "F" (Director Prof. Luis A. Praderi). H. de Clínicas Fac. de Medicina, Montevideo.*

amebiasis cecal a forma tumoral ulcerada (forma intermedia evolutiva entre el pseudotumor amebiano y la forma ulcerada), que fue mal interpretada en todas las etapas diagnósticas previas al estudio histológico.

CASO CLINICO:

A.D.L. — HdeC — N°. Reg. 492.173 — Hombre — 31 años

Ingresa el 12-IV-82 en el Dpto. de Emergencia por cuadro agudo de abdomen de una semana de evolución. Este cuadro se caracterizó por dolor de FID asociado a repercusión digestiva alta y baja con diarreas, y fiebre de hasta 39°C axilar, cuadro este de carácter progresivo. Como antecedente importante ambiental existía la ingesta de agua no potable. Al examen del ingreso se comprobó un enfermo adelgazado, con toque del estado general, aspecto intoxicado, deshidratado, febril. El examen PP y CV fue normal. Abdomen: Discreto dolor espontáneo en epigastrio. Se palpa tumefacción en la FID, de límites imprecisos, con discreta movilidad, dolorosa y con moderada defensa a su nivel.

Visto el cuadro clínico se planteó de inmediato que se tratara de una apendicitis aguda con periapendicitis plástica, con probable abscedación. Fue tratado con antibióticos (Metronidazol y Gentamicina) y hielo. Como en la evolución inmediata el cuadro no mejora, se resuelve su exploración quirúrgica.

En la exploración se encuentra un tumor cecal duro, que se extiende por la cara posterior del colon ascendente, con múltiples nódulos. Última asa ileal adherida al ciego. Ganglios de aspecto inflamatorio en todo el mesocolon ascendente. Apéndice sano. Hígado, vías biliares y páncreas sanos. Resto del intestino y colon normales. Se procede a efectuar hemicolectomía derecha; ileo-transversostomía término-terminal en monoplano extramucoso.

Abierta la pieza se comprueba: ileon sano, múltiples lesiones ulceradas, grandes, de bordes elevados y aspecto edematoso, agudo, en ciego, cuyo fondo es muy firme y duro. Las lesiones disminuyen distalmente, no existiendo en el sector del transversal. La impresión quirúrgica fue imprecisa pudiendo tratarse de un tumor cecal de caracteres atípicos o de una Enfermedad de Crohn.

En el postoperatorio se estudio para descartar la posibilidad de una fiebre tifoidea pero el coprocultivo y la reacción de Widal fueron negativos. La evolución del punto de vista abdominal fue normal, con recuperación del peristaltismo intestinal a las 72 horas, en apirexia. En ese momento se trató con cloramfenicol y gentamicina por vía parenteral.

Una vez conocido el informe anatomopatológico se inició el tratamiento con Metronidazol por vía oral. El funcional, enzimograma y centellograma hepáticos fueron normales. Los ulteriores controles coproparasitarios resultaron negativos. Se efectuó control epidemiológico del núcleo familiar.

ANATOMIA PATOLOGICA: (Dr. Pizzarossa) Pieza que comprende 7 cm. de ileon terminal, apéndice cecal y 30 cm. de colon derecho. A nivel ileocecal existen 6 ganglios, de 8 a 12 mm., blanquecinos, con puntillado rojizo. La serosa no muestra alteraciones. Apéndice cecal macroscópicamente sano. A nivel mucoso se destacan múltiples placas, entre 8 y 35 mm., granulares, amarillentas, opacas, que se extienden desde la válvula ileo-cecal hasta 5 cm. del extremo de resección distal, firmes, rodeadas de mucosa indemne, y úlceras planas, ligeramente excavadas, de bordes irregulares. A la sección, a nivel de las placas se observa una masa granular, amarillenta, que se extiende hasta la muscular, la cual se halla engrosada.

Microscópicamente, proceso sectorial parietal colónico caracterizado por edema intenso y hemorragia de la submucosa, pérdida parcial del revestimiento mucoso, a nivel del cual existe un infiltrado mononuclear constituido por plasmocitos, linfocitos, eosinófilos y macrófagos. Se encuentra un incipiente tejido de granulación inespecífico en profundidad. El proceso comprende las capas internas de la muscular y en algunos casos alcanza la subserosa. Existen remanentes de los folículos linfoides hiperplásicos. En el sector central y en la superficie existe un área de necrosis. No existen alteraciones vasculares. Abscesos en "botón de camisa" que penetran hasta la muscular, con numerosos trofozoitos de ameba histolítica en la superficie de los mismos. El apéndice muestra el mismo proceso aunque no se evidencian amibas. Secciones de ganglio linfático con estructura conservada, con dilatación de los senos subcapsulares, con zonas hemorrágicas, con numerosos macrófagos, sin necrosis.

En suma: Amebiasis de ciego y colon ascendente, con moderada hiperplasia de los nódulos linfoides que puede corresponder a una infección sobregregada.

COMENTARIO: La amebiasis es una enfermedad que se localiza a nivel del tubo digestivo determinando en su forma aguda la típica disenteria amebiana (6,11,14), característica enfermedad tropical. Se ha señalado la rareza de las formas agudas en nuestro medio en oposición a las formas crónicas, sintomáticas o asintomáticas (12), pese a que existen índices apreciables de infectados (4,11), los que son estimados en un 5% para la Capital y un 20% para el Interior. Sin embargo, incluso las formas crónicas sintomáticas son de muy baja incidencia. Dentro de ellas se ubican las complicaciones intestinales, dentro de las cuales se destacan el seudotumor amebiano o ameboma, descrito en nuestro medio por Lasnier (10), la oclusión (1,5,11), la perforación y la hemorragia.

En nuestro país han descrito amebomas Gaminara, 1918, Lasnier, 1918, Haran, 1939, Karlen, 1943, Prat, 1943, Armand Ugon, 1979. (1, 3, 5, 7, 10, 16). Ellos constituyen en total 7 casos indiscutibles, lo que asimismo habla de su muy baja frecuencia, pese a que la existencia de amibiasis en nuestro país se conoce desde 1916 en que fue comunicada por Ricaldoni y Berta (17).

Los amebomas predominan francamente en el colon derecho (70%) y fundamentalmente en el ciego (6, 8, 14, 15, 18, 20), aunque se han descrito en todos los sectores del colon, disminuyendo su frecuencia en sentido distal.

Estos tumores inflamatorios suelen ser de diagnóstico muy difícil (2, 8, 15, 18, 19, 22). Se ha dicho

que se trata de una enfermedad de diagnóstico quirúrgico y tratamiento médico (Desjardins). A menudo se le confunde tanto del punto de vista clínico como operatorio con tumores malignos (18). Nuestra casuística nacional es un buen ejemplo de estos aspectos; todos los enfermos menos uno de Mérola (13) y Gaminara se operaron, siempre pensando en la existencia de un tumor maligno y el diagnóstico sólo se efectuó con el estudio microscópico de la pieza, hallando las amibas y las lesiones típicas.

En el presente caso su localización en la FID asociada a elementos agudos hizo pensar en una periapendicitis plástica. Su aspecto macroscópico no permitió definir su naturaleza y ello fue lo que determinó una conducta de exéresis.

Debe remarcarse que la exéresis soluciona el problema local pero no la enfermedad de fondo y es imprescindible el tratamiento médico de la misma (21, 22). En estas formas es recomendable el uso del metronidazol. Se impone asimismo el control coproparasitario periódico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON A, BESENZONI R.A., HARRETCHÉ M., LOPEZ SUSVIELA J., Oclusión intestinal por tumor amebiano de colon. A propósito de 2 observaciones. *Cir. Uruguay* 49: 466, 1979
2. FRANCILLON J., BOUCHET A., LAUSI A., Aspects pseudoneoplasiques des tumeurs caecales. *Lyon Chir.* 59: 210, 1963
3. GAMINARA A., Las disenterias en el Uruguay. Algunas formas tumorales de origen amebiano. *An. Fac. Med. Montevideo.* 2: 800, 1918
4. GUTIERREZ BLANCO H y col. Hoja Gastroenterológica N° 1. 1961, Montevideo. (Citado por MACKINNON 11)
5. HARAN A.M., Oclusión intestinal por tumor colico amebiano. *Bol. Soc. Cir. Uruguay* 10: 465, 1939
6. JUNIPER K., Amoebiasis. *Clin Gastroenterol* 7: 3, 1978
7. KARLEN M.A., Un nuevo caso de tumor inflamatorio amebiano de Lasnier. *Bol. Soc. Cir. Uruguay* 14: 17, 1943
8. KAUSHIK S., Amebic granuloma of the large bowel. *Int. Surg.* 58: 810, 1973
9. KOFFRE J., Ameboma rectal. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.* 47: 249, 1976
10. LASNIER E.P., Tumores inflamatorios amebianos del intestino grueso. *An. Fac. Med. Montevideo.* 3: 810, 1918
11. MACKINNON J.E., Zooparasitos y animales ponzoñosos. Montevideo, Oficina del Libro. 1966.
12. MARTINEZ PRADO R., Libro homenaje al Prof. Julio García Otero, 1962
13. MEROLA L., Citado por GAMINARA (3) y LASNIER (10).
14. MONROE L.S., Amebiasis. En: BOCKUS HL: *Gastroenterology*. Philadelphia, Saunders, 1976, v. IV, pp195
15. PRADEL E., LETAILLER M., MARTIN E., HEPP J., Les pseudotumeurs du carrefour ileocecosappendiculaire. *Ann Chir.* 24: 1341, 1970
16. PRAT D., Síndrome apendicular con tumefacción ulcerada de ciego por posible amebiasis. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 14: 27, 1943
17. RICARDONI A., BERTA M., Disenteria amebiana. *An. Fac. Med. Montevideo*, 1916 (Citado por GAMINARA (3) Y LASNIER (10).
18. SERAFINO Y., NOSNY P., DIOUF B., Tumeurs et pseudotumeurs chez les amebiasiques. *Rev. Prat.* 13: 2903, 1962
19. SICARD J., FLABEAU F., Les tumeurs inflammatoires du caecum. *J Chir.* 109: 5, 1975
20. SPICKNALL J., CHISHOLM A., Amebic granulome. *N. Engl. J. Med.* 250: 1055, 1954
21. TREVIÑO M., Granuloma amebiano del colon. *Rev. Gastroenterol. Mex.* 32: 443, 1967
22. TUCKER P.C., WEBSTER P.D., KILPATRICK Z.M., Amebic colitis mistaken for inflammatory bowel disease. *Arc. Int. Med.* 135: 681, 1975

Dr. Suiffet

La comunicación es muy interesante porque trae a la casuística una patología que fue reconocida por la Escuela Uruguaya. El Dr. Croci dijo dos cosas muy interesantes que nosotros vamos a recalcar y certificarlas con hechos. La amebiasis en su forma tumoral es de diagnóstico quirúrgico y de tratamiento médico. Correcto pues el tratamiento quirúrgico no soluciona la enfermedad. Y después dijo una cosa muy interesante y es que pueden coexistir las dos lesiones. Observamos hace muchos años, dos pacientes en la Sala 21 del Hospital Pasteur, que tenían un tumor cecal palpable clínicamente y reconocido radiológicamente; con amibas en las materias fecales, que fueron tratados como un tumor amebiano. Después de 25 días de tratamiento y como no regresaba el tumor, se operaron. Tenían un carcinoma de ciego. Ese es otro problema por lo que se certifica que el diagnóstico es quirúrgico y el tratamiento médico. No se puede diferir la resolución de un paciente aunque tenga amibas en las materias fecales. Pueden coexistir las dos lesiones. Es un hecho a tener en cuenta cuando se maneja esta situación.

Muy interesante la observación.