

TUBERCULOMA DEL COLON TRANSVERSO

Prof. Domingo PRAT y Alfredo PERNÍN

Presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía de Montevideo un caso de tuberculosis del colon transverso, que hemos tenido ocasión de tratar con éxito y que juzgamos interesante presentarlo a la comprobación científica de los distinguidos consocios.

He aquí su historia clínica:

El 15 de noviembre de 1936 ingresa a la Sala Artigas, Servicio de Clínica Quirúrgica del Prof. Prat, R. G., de 28 años de edad, por un cuadro de obstrucción crónica intestinal.

Desde hace 4 años siente ruidos intestinales que le sobrevienen por la tarde y noche; más adelante tiene dolores que se producen en forma de crisis y que se terminan en la parte alta del abdomen generalmente en el mismo sitio. Cuando se producen estos ruidos y dolores el enfermo comprueba una ondulación de la pared abdominal que responde a la reptación intestinal. Estos trastornos le aparecen en general durante la tarde y le repiten varias veces, terminando con la expulsión de gases. Se acompañan de náuseas y vómitos.

Es estreñido crónico y pasa 2 ó 3 días sin mover su intestino. Desde el comienzo de su enfermedad se acentuó ese estreñimiento; pasa ahora 4 ó 5 días sin tener deposiciones; las materias son duras y deformadas. No ha disminuído de peso.

Antecedentes personales. Sarampión en la infancia. Hace 8 años congestión pulmonar que lo obliga a guardar cama durante 1 mes. Ha tenido otros procesos congestivos en los años siguientes. No hay antecedentes de blenorragia ni de sífilis.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Examen. — Buen estado general. Mucosas bien coloreadas. Lengua húmeda ligeramente saburral. Pulso 78, regular. Temperatura 36 2/5 y en los días que preceden a la intervención se mantiene apirético.

Abdomen. Se moviliza bien con la respiración. No se palpa nada anormal.

Hígado y bazo no se palpan; durante su estada en la clínica no se ha conseguido comprobar la reptación intestinal.

Aparato respiratorio. Sin particularidades.

Aparato cardio-vascular. Normal.

Estudio radiológico. Practicado por el Dr. Menéndez (Nov. 1936). *Radios-*

copia de colon por ingestión de comida opaca. Se observa una estenosis intrínseca al nivel de la porción izq. del colon transverso. Por enema baritado se comprueba la estenosis. *Radiografía* de colon: relleno con comida opaca y enema. Se observa la estenosis con caracteres más netos y destacados.

Estudio radiológico de tórax: Pulmones normales.

Sombra cardio-vascular normal.

Exámenes de laboratorio: Nov. 17. Reacción de Wassermann, francamente negativa. Orina normal.

Urea en suero sanguíneo: 0.44 ‰.

Examen hematológico: Glóbulos rojos, 5.100.000 p. m³. Glóbulos blancos: 15.600. Hemoglobina 100 %. Tiempo de coagulación 10'.

Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos: 75 %. Mononucleares: 10 %; Linfocitos 15 %.

Después del pre-operatorio habitual en el que se le indicó digitalina, vacuna antiptiógena, calcio, suero, etc., se realiza el acto operatorio el 19 de noviembre.

Operación: Prof. Prat. Anestesia general con éter y anhídrido carbónico. Celiotomía transrectal izquierda. Abierto el peritoneo se explora el colon encontrándose en la mitad izquierda de ltransverso una tumefacción estenosante de ese segmento del intestino.

La neoformación, que no toma ni el epiplón ni el mesocolon tiene una superficie exterior blanquecina con pequeñas granulaciones de aspecto inflamatorio crónico, sin poderse establecer macroscópicamente su naturaleza precisa, aunque se descarta el epiteloma. Resolvemos hacer la resección. Cuando empezamos a hacer el debridamiento para la resección, se extirpó un ganglio del mesocolon, mandándosele a examinar en corte por congelación. A los 5 minutos se nos contestó que se trataba de tuberculosis. Se libera el epiplón que se aísla y se hace su hemostasis. Ligadura de los vasos del mesocolon y atripsia del colon en cuya parte comprimida colocamos una ligadura de catgut. Extirpada la lesión, en total unos 12 cm. de colon, procedemos a examinar los cabos del colon. El izq. es sumamente amplio e incongruente con el otro, debido a la estenosis. Esto nos obliga a efectuar una anastómosis latero-lateral.

Cierre de los cabos por sutura de la mucosa y dos planos seroserosos por encima. Afrontamiento de los dos cabos. Anastómosis látero-lateral, de unos 6 cm. de longitud. Hicimos primero la sutura sero-serosa posterior que luego al abrir el intestino seccionamos, cosa que nos obligó a realizar una sutura total posterior cuidadosa. Se completó el cierre con la sutura del lado anterior y sutura sero-serosa por encima. Cierre de la brecha mesocólica, epiploplastía con el gran epiplón, que cubre completamente la anastómosis. Desinfección con éter. Cierre de la pared en tres planos; piel con crines. Pequeño tubo de drenaje. La evolución post-operatoria fué muy buena; tuvo un movimiento febril que no pasó de 38°, los primeros días, luego volvió a la apirexia y a los 18 días de la intervención, el 8 de diciembre se fué de alta en perfectas condiciones.

Visto nuevamente el enfermo a mediados de este año presenta un ex-

celente estado general. Se dedica a sus actividades particulares, no habiendo tenido ninguna molestia a contar de su operación.

Ha aumentado mucho de peso. Su funcionamiento intestinal es normal.

El estudio anatomo-patológico de la pieza, efectuado en el Laboratorio Central de las Clínicas por el Prof. Eugenio Lasnier, establece:

Segmento de colon: células gigantes tuberculosas en la preparación ganglios del mesocolon tuberculosos.

Pieza conservada en el museo de Anatomía Patológica que dirige el Prof. Eugenio Lasnier N° 3836.

Tuberculosis del colon transverso. Examen de la pieza. La pieza extirpada de colon tiene unos 12 cmts. de largo, una vez conservada en Kaysserling, la pieza se presenta, vista de su cara mucosa en la siguiente forma:

El colon una vez abierto, forma un ángulo recto con sus dos porciones: una parte casi vertical que corresponde al segmento proximal, que es el más dilatado, y otra horizontal que corresponde al cabo distal; en la unión de estas dos porciones, o sea, en su porción inferior y derecha corresponde al ángulo recto y está muy estenosado; ese estrechamiento cerrado tendría el calibre o luz, de un mango de lapicera y que comunica la parte proximal con el segmento distal, que también es amplio pero menos dilatado que la parte proximal. El aspecto de la mucosa en ambos segmentos es normal, con pocos pliegues la porción proximal y más plegada la porción distal. Sobre todo en el embudo que corresponde a la vecindad de la estenosis. No hay en esta mucosa ni deformación, ni ulceración, menos en la parte correspondiente al anillo de la estenosis, donde se ve una pérdida de sustancia de la mucosa en forma circular, con pérdida total de la mucosa y que deja en descubierto el plano muscular.

Esta ulceración ocupa el plano posterior de la pared intestinal en su parte central; el resto de la mucosa de esta estenosis, que queda muy reducida, es normal. Las paredes de la pieza se pueden estudiar en el corte y se comprueba que estas paredes están muy espesadas; espesamiento o hipertrofia realizada a expensas de las capas externas, a excepción de la mucosa, cuyo corte nítido, deja ver un espesor casi normal. Esta hipertrofia de la pared cólica se ve bien en el labio superior del intestino, hipertrofia que adquiere su máximo de espesor a nivel de la estenosis.

La parte superior de la estenosis, que forma el vértice del ángulo, que es de donde se tomó el fragmento para el examen histológico, el espacio exterior de ese ángulo, está ocupado por una proliferación de tejido célula-graso, de reacción inflamatoria, como ocurre generalmente en los procesos intestinales crónicos. En el lado opuesto de la estenosis, en el ángulo que forman los dos segmentos de intestino, está ocupado también por una proliferación de tejido adiposo, mayor aún que el anterior.

Vista la pieza por el lado opuesto, peritoneal, se ve la pared intestinal lisa, sin ningún elemento digno de destacar y que ha sido limpiada artificialmente para la conservación.

Examen microscópico del segmento de colon transverso y ganglios del mesocolon. Ganglios del mesocolon tuberculosos. Fragmentos de pared intes-

tinal. Se observa un proceso inflamatorio crónico. Abundantes folículos linfocitarios. En varios de ellos se ven células gigantes características de la tuberculosis. Firmado, Lasnier.

En suma, se trata de un caso de tuberculosis tumoral localizada, de la parte izquierda del colon transversal; tuberculoma que fué extirpado quirúrgicamente, restableciéndose el tránsito intestinal con una anastomosis látero-lateral y el paciente parece haber curado radicalmente.

Existen dos tipos principales de tuberculosis intestinal: la primitiva y la secundaria. La patología quirúrgica, toma solamente en cuenta la tuberculosis intestinal llamada *primitiva*, o sea aquella que se presenta como foco inicial de la lesión tuberculosa, cosa al parecer bastante rara; habitualmente se considera como tal, una lesión tuberculosa intestinal en un paciente que presenta un foco tuberculoso latente y primitivo, generalmente a localización torácica y que luego hace una colonización tuberculosa focal intestinal. Es exactamente lo mismo como pasa en la osteo artritis tuberculosa, en la llamada tuberculosis quirúrgica o primitiva, en donde sólo se pone clínicamente de manifiesto el foco osteo articular tuberculoso, pero, no por eso, deja de existir el foco inicial bacilar infectante, que habitualmente suele ser una adenopatía tuberculosa, intertráqueo brónquica u otra lesión mínima del tórax.

Quiere decir, pues, que tanto en la tuberculosis intestinal primitiva, como en la osteo artritis bacilar quirúrgica, *estas lesiones tuberculosas del intestino o articulares, no son sino incidentes localizados de una enfermedad general.*

Este dato fundamental de enfermedad general, no debe ser olvidado nunca por el clínico en sus aplicaciones terapéuticas; pero, se está autorizado para realizar un tratamiento quirúrgico de estas lesiones, porque, generalmente, una completa investigación clínica y radiológica del pulmón, no permite encontrar ninguna lesión tuberculosa y además, porque el tratamiento quirúrgico, suele curar radicalmente a los enfermos en estos casos.

En nuestro enfermo una completa investigación clínica y bacteriológica, seguidas por un riguroso examen radiológico, no permitieron establecer la más mínima lesión tuberculosa inicial del tórax.

La tuberculosis del colon es rara y según la estadística de Willardel, sólo del 8 al 10 % de las tuberculosis cólicas serían clínicamente primitivas.

Dentro de la misma tuberculosis cólica, la localización más frecuente, es la tuberculosis hipertrófica del ciego, siguiéndole en frecuencia, la del colon ascendente; son bastante menos frecuentes las tuberculosis del resto; pero la localización más rara de todas, es la tuberculosis del colon transverso, localización a la que corresponde nuestro caso.

Lockhart - Mummery disiente con estas opiniones, pues, según él, de 100 casos de tuberculosis cólica, 6 tienen asiento en el sigmoide y uno en el ciego; y Berard y Patel, consideran en cambio que la tuberculosis primitiva del colon es bastante frecuente, cosa que no parece ponerse en evidencia con las estadísticas actuales.

La tuberculosis del colon se presenta habitualmente en clínica, con dos tipos anatomo - patológicos: la forma ulcerosa y la forma hipertrófica o tumoral. Parece ser más frecuente esta última, pero no es raro que ocurra una asociación de estas dos lesiones principales, como ocurría en nuestro caso, que siendo un tuberculoma, presentaba una ulceración en la mucosa.

El diagnóstico de la tuberculosis cecal es relativamente fácil; no ocurre lo mismo con las demás localizaciones tuberculosas del colon y en particular con la del colon transverso, que, en la gran mayoría de los casos, el diagnóstico ha sido hecho por el acto operatorio o aun después de éste al hacerse el examen histológico.

En nuestro caso no hicimos el diagnóstico de la lesión, sólo llegamos a establecer la estenosis del colon transverso, sin llegar a determinar la etiología de la estrechez.

La característica clínica de la tuberculosis hipertrófica del colon es evolucionar latentemente, hasta que la proliferación de la pared cólica, oblitera la luz intestinal y entonces aparecen los síntomas que revelan la estenosis.

En nuestro caso, hacía ya varios años que el paciente sentía intensos ruidos intestinales y pronto empezaron los dolores, para iniciarse poco tiempo después, el síndrome de estenosis cólica; ruidos intestinales, dolores y reptación, lo que constituía un síndrome de Koenig, bien característico. La constipación, que ya existía, con deposiciones cada 48 horas, se hizo más intensa, produciéndose las deposiciones, sólo, cada 4 ó 5 días, con crisis gaseosas

o diarreicas, que ponían término al cuadro doloroso. Ante esta sintomatología tan característica de estenosis intestinal que revelaba una oclusión crónica, hicimos hacer un examen radiológico, que puso en evidencia, una estenosis bien neta, en la parte izquierda del colon transversal. Nuestro diagnóstico topográfico estaba ya establecido: estenosis del colon transversal. Era necesario ponerle el rótulo a esa estrechez, o sea, establecer el diagnóstico etiológico.

El estudio radiológico cuidadoso y repetido, nos permitió localizar muy bien la lesión estenosante, sobre todo, empleando el lavaje opaco, lo que permitió precisar bien las características de la estrechez con el compresor. Pudimos establecer así, que la estenosis era muy grande, al punto que sólo un hilo de sustancia opaca, marcaba la continuidad del tránsito intestinal. Esta imagen nos permitió estudiar bien los límites y contornos de la estenosis y establecer que estos bordes eran bastante regulares sin ninguna imagen lacunar, lo que nos permitía la oportunidad de descartar el epiteloma. Contra el neoplasma epitelial contaba también la juventud del paciente, su buen estado general y la ausencia de toda enterorragia o hemorragia oculta en las heces, dato este último de muy poco valor, pues, teniendo el enfermo, hemorroides internas en actividad, quitaba este hecho todo valor a un Weber positivo y que por eso no se insistió en dicho examen.

Descartado el epiteloma en nuestro enfermo, quedaban en pie, los diagnósticos de sífilis y tuberculosis, que son las afecciones que más corrientemente originan las estenosis crónicas del intestino; pero, ni de la sífilis ni de la tuberculosis, pudimos encontrar antecedentes ni reacciones serológicas que confirmaran la primera; ni datos clínicos, ni radiológicos, que pudieran dar pie a sospechar la tuberculosis.

Sospechamos que una brida o un proceso crónico cicatricial, consecutivo a un cuerpo extraño (espinas, hueso, etc.), que hubiese ocasionado una inflamación pericólica y sus secuelas, produjeran la estenosis.

La brida simple no nos conformaba, por la marcada intensidad de la estrechez y su marcha a evolución crónica progresiva.

Con el diagnóstico pues, de estenosis casi completa del colon transversal, fuimos a la intervención, operación que nos permitió establecer rápidamente el diagnóstico verdadero, porque mien-

tras lo operábamos, se extrajo un ganglio del mesocolon que fué examinado por congelación y resultó una tuberculosis típica. La histología patológica consecutiva a la operación, confirmó plenamente el diagnóstico, en los tejidos de la lesión extirpada.

De este caso, hemos sacado el convencimiento de que el diagnóstico de la tuberculosis cólica, será siempre un diagnóstico difícil y complejo y que no estamos convencidos de que en presencia de otro caso similar, haríamos el diagnóstico con seguridad y precisión. Es evidente que ante un caso de estenosis crónica del colon, debemos pensar siempre en la tuberculosis, porque a menudo esta afección provoca la estrechez como lo confirma el caso de Chutro y otros de la literatura quirúrgica universal.

El tratamiento de elección de la tuberculosis hipertrófica del colon, consiste en la extirpación del foco tuberculoso y en la reconstitución inmediata de la circulación intestinal. Sólo en los casos en que el estado general del enfermo no tolere una operación de esta importancia, se realizará una simple anastómosis de derivación; también, en los casos de complicaciones estenosantes o perforativas de la lesión, sólo se hará una operación de salvataje, como puede serlo la colostomía, un simple cierre de la perforación o este cierre, complementado con la anastómosis. Cuando el estado general del enfermo sea bueno, debe en lo posible, realizarse la operación radical, que hace la extirpación amplia del tuberculoma con la parte correspondiente de mesocolon, sobre todo si hay ganglios infartados, que pudieran ser de infección simple, pero que en la duda de que puedan estar contaminados por la tuberculosis, deben ser extirpados ampliamente.

Como en nuestro caso existía una gran incongruencia de los cabos cólicos, el cabo proximal estaba mucho más dilatado que el izquierdo, preferimos hacer una anastómosis látero-lateral, que será algo más larga y trabajosa que la término terminal, pero que en estas circunstancias, resulta más práctica y segura. La radiografía del paciente, que presentamos, obtenida tiempo después de la operación, pone en evidencia el buen funcionamiento de la anastómosis, notándose un ligerísimo estrechamiento cólico en el sitio de la anastómosis, pero con una funcionalidad perfecta, como lo evidencia la excelente curación del enfermo. Hechas así las cosas, se pueden tener éxitos categóricos, como el obtenido en el caso objeto de esta presentación; en el caso publicado por

Chutro en la Revista de Cirugía de Buenos Aires, como el enfermo estaba en oclusión, se le hizo primero una anastómosis con botón de Jaboulay y secundariamente se le hizo una colectomía, curando el enfermo, aunque anteriormente hizo una fístula perianal tuberculosa.

Como se ve, pues, la tuberculosis hipertrófica del colon transverso, tratada oportunamente por extirpación de la lesión, puede curar operatoriamente y tiene grandes probabilidades de que esta cura pueda ser radical y definitiva.

A los que interese este tema encontrarán un estudio completo de la cuestión en los relatorios del Congreso Internacional de Cirugía del Cairo (1935) especialmente el trabajo de Corachán. La comunicación de Chutro en la Revista de Cirugía de Buenos Aires (1935). Las monografías de Willardel sobre Tuberculosis intestinal en la Revista Médica de Barcelona (1934), de Berard y Patel, "Formas quirúrgicas de la tuberculosis intestinal" (1933) y de Heitz "Contribución al estudio clínico y tratamiento de la tuberculosis intestinal" (1930).

Agradecemos sinceramente al Laboratorio del Dr. Barcia que colaboró en el estudio radiológico y al Prof. E. Lasnier, que realizó con particular competencia, el estudio anatómo-patológico del caso.