

## OCLUSIÓN INTESTINAL POR TUMOR CÓLICO AMIBIANO

*Antonio - María HARÁN*

Todos los autores que se han ocupado de los tumores intestinales de origen amibiano coinciden en constatar la escasez de publicaciones al respecto. La importancia clínica de esta forma de la amibiasis intestinal crónica "de diagnóstico quirúrgico pero de tratamiento médico", nos ha incitado a presentar a la Sociedad esta observación en la que si bien es lamentable el que no podamos objetivar radiológicamente la lesión por causas ajenas a nuestros deseos, las comprobaciones operatorias, clínicas y radiológicas ulteriores creemos le han conservado el suficiente interés para llamar la atención sobre estas formas tumorales de la amibiasis intestinal crónica.

Somos llamados a ver, en mayo de 1938, a una enferma de 78 años de edad, soltera, que se nos presenta con dolores abdominales, balonamiento, algún vómito y retención completa de materias y gases desde hace 48 horas. En ese período, el médico que la asistía había administrado 3 ó 4 enemas y varios purgantes sin resultado. Todo se había iniciado bruscamente dos días antes con dolores que predominaban en la fosa ilíaca derecha, que por momentos se intensificaban, decreciendo después. Ese primer día, un solo vómito acuoso: al día siguiente, otro, mientras tomaba una sopa, pues la enferma ha continuado alimentándose.

Cuando la vemos, nos llama la atención su excelente estado general. No ha vomitado desde ayer y ha tomado té con leche. Pulso a 90. Temperatura: 37<sup>01</sup>/5. Pero, por momentos, los dolores a tipo cólico, se intensifican.

El vientre no es fácil de palpar en esta enferma corpulenta y algo adiposa. El balonamiento es evidente, uniforme, pero no excesivo, con sonoridad algo timpánica. Sensibilidad difusa pero predominando en la fosa ilíaca derecha. La pared es depresible y no se notan movimientos peristálticos.

No hallamos en sus antecedentes dato alguno de importancia. Siempre sana, sólo recuerda algunos pequeños dolores pasajeros en la fosa derecha y a los que nunca prestó mayor atención. Ligeramente constipada toda su vida, usaba diariamente el regaliz logrando con ello un funcionamiento intestinal normal, no habiendo notado estos últimos tiempos agravación alguna de su constipación.

Pocas horas después, emisión espontánea de gases en regular cantidad que le permiten pasar una buena noche y en la madrugada, nueva emisión de gases, más abundante aun. No vomita; ingiere líquidos y recibe suero.

Es entonces que notamos esbozarse una asimetría en su balonamiento a expensas de su fosa y flanco derechos, donde se dibuja un ansa dilatada que sube hasta el reborde costal, allí, donde sus dolores son más intensos. Hay, pues, un obstáculo que nos parece radicar en la parte alta del colon derecho. Pero nuestra enferma sigue emitiendo gases cada vez en mayor cantidad: los dolores no son continuos sino pasajeros y son seguidos de abundantes ruidos intestinales: después, todo calma. En estas condiciones logramos palpar, de una manera algo confusa, una tumoración bajo el reborde costal derecho. Damos, entonces, un cuarto de miligramo de atropina, la que provoca una abundante descarga de gases y materias que se repetirá seis horas después. Las materias son en forma de cinta.

La enferma ya no sufre y el vientre es depresible. Nuestro diagnóstico es clínicamente completo y pensamos, dada la edad de la enferma — 78 años — en un neoplasma de la porción alta del ascendente. La orina es normal: urea en la sangre, 0.40; 4.400.000 gl. rojos; 7000 gl. blancos con 3 % de eosinófilos.

Solicitamos un examen radioscópico pero se produce una avería en el aparato: decidimos prescindir de él y operar de inmediato, pues se viene esbozando una nueva oclusión.

Operación. Junio 3. Anestesia local que se completará al final con un poco de éter. Paramediana derecha infraumbilical. Apéndice sano. Intestino algo dilatado. Colon derecho normal, pero, en el transversal y a unos 10 centímetros del ángulo derecho, encontramos un tumor grande como un durazno, libre, firme de consistencia, formado por un espesamiento de las paredes de toda la circunferencia del colon. La serosa que lo recubre conserva en parte su brillo y es ligeramente más oscura: una formación lipomatosa, algo indurada, lo recubre en parte. El meso es normal y también las porciones de colon vecinas al tumor. No encontramos ganglios en el meso. Cerramos el vientre y fistulizamos el ciego. En ese momento pensábamos que nos hallábamos frente a un neoplasma y así se lo dijimos a la familia.

Postoperatorio normal, salvo una ligera crisis de acidosis a las 48 horas, que cedió rápidamente a la insulina y suero glucosado. A partir de ese momento comenzó a alimentarse bien no dejando de llamarnos la atención su excelente apetito.

Probablemente debido a ello y a su buen estado general, a lo que se agregaba la falta de anemia, lo cierto es que se nos ocurrió pensar en la

posibilidad de un tumor amibiano. Posibilidad, decimos, y no probabilidad, porque no teníamos dato alguno en apoyo de ese diagnóstico. Nuestra enferma, vuelta a interrogar con todo cuidado, no recordaba ningún episodio intestinal que pudiera motivar una sospecha y ese tumor se había desarrollado en silencio, manifestándose bruscamente por una oclusión. Decidimos intentar un tratamiento de prueba con emetina, solicitando antes del doctor Tállice una investigación de amibas en las materias fecales, cuyo resultado fué negativo.

A pesar de ello, decidimos ensayar la emetina, informando a sus familiares de nuestra resolución, pero advirtiéndoles que no cabía hacerse excesivas ilusiones. Si el examen radioscópico ulterior confirmase la persistencia del tumor, operaríamos de inmediato.

La enferma llevaba tres semanas de operada y recibió 12 inyecciones de la solución de emetina al 4 %, una por día, es decir, 48 centigramos.

Terminada la serie pedimos al Dr. C. Menéndez un examen radiológico, enterándolo de la existencia del tumor y del tratamiento emetínico practicado. Asistimos al examen y, practicado el enema de colon, nos encontramos con que el tumor había desaparecido. He aquí el informe: "Relleno total y completo, sin la más mínima alteración de ritmo, forma u opacidad, de un colon transverso algo hipertónico, pero sin espasmos. El bario se escapa en seguida por la fístula cecal". (C. Menéndez). Tenía, entonces, cinco semanas de operada.

Ante este resultado, que constituyó para nosotros una sorpresa, de la desaparición de un tumor que habíamos tenido en nuestras manos, y que había dado una oclusión, sólo nos quedaba cerrar la fístula cecal. Desgraciadamente, al día siguiente, aparecía una puntada en el hemitórax derecho, temperatura y enrojecimiento de los pómulos. Se hizo evidente, poco después, una congestión pulmonar y, ocho días más tarde, fallecía bruscamente por insuficiencia de su corazón.

Tal es nuestra observación. Podría objetársenos, tal vez, el que pudiera tratarse de un tumor inflamatorio banal curado a favor de la cecostomía. Es cierto que una derivación interna o externa puede mejorar y hasta curar, un tumor inflamatorio. Pero esa mejoría no es obligatoria: además, es lenta, y sin tener necesidad de citar un caso en el que el tumor persistía a los 20 años, vemos en otras observaciones, como las de Soler, que las tumoraciones, ambas cecales, una con derivación, otra, sin ella, al cabo de 3 y 4 meses, presentaban una mejoría clínica grande, pero no muestra control radiológico, sin contar que eran tumores adherentes como lo son por regla general, los inflamatorios.

Nada hay en nuestro caso en favor de esa hipótesis y, hasta

la edad de la enferma es una probabilidad en contra. El apéndice estaba sano y no se constató diverticulosis intestinal ni en la operación, ni radiológicamente. Finalmente, la tumoración no era adherente, sino libre, bien localizada y con su serosa cólica apenas más oscura. Pero por encima de todos estos argumentos, lo que más afirma nuestro convencimiento clínico es la rapidez de su desaparición. Se trata de la desaparición total, sin dejar el más leve rastro radiológico, de una tumoración bastante grande, que llegaba a dar una oclusión, en sólo cinco semanas. Creemos razonable ver en ello, la acción maravillosa de la emetina.

Por último, dado que el clínico sólo puede basar su diagnóstico en el efecto eventual de la emetina, el extremar este criterio de atribuir a la cecostomía todas las curaciones de tumores en los que ha habido necesidad de hacerla, sea cual sea el tratamiento intercalar practicado, sea cual sea la rapidez de la desaparición del tumor, equivaldría, dentro del tema que nos ocupa, a invalidar todas las observaciones de tumor amibiano admitidos hasta hoy como tales, por el hecho de que habiendo dado una oclusión hubo de fistulizárseles el ciego. Y el argumento de que tenían amibas no basta para afirmar que un tumor es amibiano, como tampoco vale definitivamente el de su ausencia para negarlo.

En el caso de Bassler, con oclusión y cecostomía previa, la acción de la emetina sobre la tumoración sigmoidea no fué rápida: no tuvo ese efecto magnífico, concluyente, que en términos generales es dable exigir y al que nos tiene acostumbrados. Por el contrario, fué lenta en obrar, al punto que a los tres meses de tratamiento no se lograba pasar el rectoscopio por su estrechez sigmoidea y para lo cual se necesitaron casi tres meses más.

En ese caso, catalogado como emetino-resistente, el único criterio sólido de tumor amibiano residió en su curación completa por el tratamiento: pero, dada la lentitud de la curación, no se podría argumentar que fué la cecostomía y no la emetina, la verdadera curadora? Para nosotros, sin embargo, se trata de un tumor amibiano, dada la concordancia de la evolución clínica con la desaparición progresiva de las amibas. En otros casos, es posible deslindar mejor las acciones respectivas de la cecostomía y de la emetina. Y aunque no se trate precisamente de tumor, sino de perisigmoiditis plástica amibiana, dando una oclusión, hay

una observación en la monografía de Brea en la que, a los dos meses de la cecostomía se le encontraron al enfermo, amibas. Se le hizo emetina y *recién entonces* se estableció una mejoría neta que terminó en la curación.

Creemos muy probable que si nuestra enferma hubiera vivido, hubiéramos logrado, repitiendo los exámenes, encontrar amibas como se encontraron en el caso de Desjardins, después del tratamiento.

El diagnóstico de amibiasis es difícil. No es posible el que se le pueda considerar como la resultante de un método o de un síntoma, sino la de todos los métodos y exploraciones conocidos; pero la clínica no se muestra siempre generosa y, sin embargo, es necesario esforzarse para que estas manifestaciones insólitas de una amibiasis que se oculta, no escapen a la atención del cirujano. Nosotros comprendemos que con nuestra observación no podríamos demostrar, con el rigor científico exigible, la existencia de los amibomas, si ello no lo estuviera ya. Pero creimos que no debía perderse un documento que muestra la eficacia rápida y total del tratamiento por la emetina frente a un tumor oclusivo de colon, comprobado por laparotomía.

Como todos sabemos, la historia clínica de los tumores cólicos amibianos arranca de los trabajos fundamentales de los Profs. Lasnier y Gaminara en 1918. Ambos se complementan y nos resulta imposible desligar sus nombres de la caracterización anatómica y clínica de esta afección. A pesar de que Corachán, en su ponencia al Congreso Internacional de Cirujía de 1935, atribuya a Stark la paternidad de esta forma tumoral de la amibiasis que habría descrito en 1926, es necesario reivindicar definitivamente ese honor para la medicina uruguaya.

No cabe aquí el hacer una revisión de la casuística publicada. Sólo diremos que en nuestro país, después de las tres observaciones de Gaminara publicadas en 1918, sólo hemos encontrado dos más, del mismo autor en colaboración con el Dr. De Boni, publicadas en 1929. Desde entonces acá, nada <sup>(1)</sup>.

En la Argentina, Finochietto, Copello, Solé y Bacigalupo,

---

(1) Hemos tenido conocimiento de la existencia de dos observaciones inéditas de los Dres. Piquerez y Cianchulli.

Sanguinetti, Acebal, Niño, Brea y Costa han publicado observaciones. Están además los trabajos de Escomel, Desjardins, Gunn y Howard, Bassler, Reed y Anderson, Huard, Bouquet y Hourri, etc.

Cuando se habla de tumores amibianos se supone implícitamente que son cólicos y no de intestino delgado. En efecto, las lesiones tumorales amibianas del delgado han llegado a ser negadas. Es necesario confesar que son excepcionales, y sólo conocemos la existencia de una observación de O. Vaca Diez, citada por Huard, de tumor ileal amibiano, con comprobación histológica.

Es necesario no confundir el tumor amibiano verdadero o amibioma con los tumores inflamatorios en los amibianos. Estos últimos son el resultado de una infección secundaria de la pared cólica a expensas de las ulceraciones amibianas y no de una reacción a las amibas directamente. Por eso no obedecen a la emetina y su tratamiento es quirúrgico. De ahí que creemos más acertado llamar a los tumores amibianos, amibiomas o, como los americanos, granulomas amibianos, y no tumores inflamatorios amibianos, que puede prestar a confusión con la forma no específica de estos tumores que también pueden desarrollarse en los amibianos o amibiásicos.

Nuestra enferma inició su cuadro con una oclusión. Algunos autores creen que en el tumor amibiano puro la oclusión, aún incompleta, es rara. Bástenos decir que sobre los cinco casos del Dr. Gaminara, en tres de ellos, la había. No debe, pues, considerarse una rareza.

En cambio, la aguda o completa, es excepcional. Cuando Bassler, en 1936, publicó su caso declaraba no haber encontrado otro igual. Hoy nosotros, sólo encontramos el caso de Bassler comparable al nuestro desde ese punto de vista.

Pasemos al diagnóstico. Nuestra enferma no tenía antecedentes disentéricos, ni síntomas actuales de amibiasis, ni amibas.

El diagnóstico de tumor cólico amibiano ha sido hecho clínicamente, en casi todos los casos, sobre la base de los síntomas, más o menos evidentes, de disentería amibiana, o de los antecedentes y de la investigación de amibas. En una palabra, el clínico tenía la sospecha o la certidumbre de que estaba frente a un amibiásico; la existencia de una tumoración le ha obligado

a pensar y a descartar, por medio del tratamiento de prueba, la posibilidad de que dicha tumoración cólica fuera un amibioma. Y así fueron diagnosticados los casos de Gaminara, Sanguinetti y Bassler.

Desjardins dice que el diagnóstico es posible basándose en los antecedentes de disentería; la evolución por crisis de los fenómenos intestinales; la investigación de amibas; la rectoscopía que mostraría las lesiones ulcerosas; las variaciones de volumen del tumor y la radioscopía. Finalmente, el tratamiento de prueba.

Vemos que los primeros son síntomas de amibiasis y no de tumor amibiano. En cuanto al tumor, si bien puede ser grande, y esto es importante, puede no ser tan accesible a la mano para apreciarse esas modificaciones de volumen sobre las que nadie aún ha asentado un diagnóstico. A veces es fijo, otras veces, móvil. Su localización varía y también su aspecto.

La radioscopía podrá mostrar lesiones segmentarias, extendidas a 20 o más centímetros y el aspecto "en cabellera" que se atribuye a colgajos de mucosa del colon.

Todo esto es útil como signos también, de amibiasis. Pero no son constante y Gunn y Howard dicen que en sus observaciones de amibiomas, las imágenes a R.X. eran idénticas a las de un cáncer.

La conclusión que queremos sacar es que la mayoría de los síntomas dados para diagnosticar el amibioma son síntomas de amibiasis y que *no hay signos directos, seguros, de amibioma*. Bien está que en un amibiásico que hace un tumor cólico se sospeche el amibioma y se le descarte. Pero es necesario declarar que no hay derecho a concluir de la naturaleza de un tumor por el hecho de que su portador sea un amibiásico, pues ese tumor puede ser un cáncer o un tuberculoma. Y así, Sanguinetti, a continuación de un caso curado con emetina, cita otro de tumor cólico con amibas positivas que era un epiteloma y Reed y Anderson publicaron cuatro observaciones muy detalladas de tumores de colon desarrollados en amibianos, que fueron tratados como tales y en los que el diagnóstico era dudoso, aun a R.X. En casi todos ellos, la laparotomía mostró tratarse de carcinomas ya inoperables.

Por eso, el tratamiento de prueba, aun tratándose de amibiá-

sicos evidentes, es el único criterio seguro del diagnóstico de tumor amibiano.

Hemos visto que la existencia de una amibiasis puede fundar la sospecha de la existencia de un amibioma. Pero ese dato puede faltar. Puede el enfermo ser un amibiásico ignorado que un buen día hace un tumor cólico sin tener antecedentes ni síntomas actuales de disentería, ni amibas en las materias fecales. ¿Cómo llegar al diagnóstico de amibioma?

Aquí nos enfrentamos con el problema de la amibiasis oculta y sus múltiples manifestaciones: abscesos de hígado, hemorragias intestinales, estenosis rectales, pseudoapendicitis, etc.: el tumor cólico puede ser una más.

En la observación N° 16 de Brea el enfermo, sin antecedente alguno disentérico, sufre desde hace 10 días solamente. Se palpa un tumor cecal. No hay amibas. Se hace tratamiento anti-amibiano y cura. Es un caso análogo al nuestro. En el caso de Desjardins que tiene un antecedente disentérico que data de 22 años atrás, cuatro cirujanos quieren hacer una colectomía. Incidentalmente lo ve Ravaut y se le ocurre descartar la amibiasis, a pesar de que Goiffon no ha encontrado amibas. Lo trata y lo cura. Nosotros, en nuestro caso, pensamos en la amibiasis dada la falta de anemia y el buen estado general, y curamos. Como vemos, es difícil fundar el diagnóstico en la amibiasis oculta y es una sospecha o una duda la que nos llevará, a veces, a ensayar un tratamiento de prueba cuyo éxito debe equivaler para el clínico a una confirmación del diagnóstico.

Es necesario no hacer de la amibiasis un sinónimo de disentería. Las formas no disentéricas son muy frecuentes y pueden ocasionar lesiones graves del intestino, del hígado, etc. Travassos cita dos casos de estenosis rectal sin disentería previa, curados con emetina y en los que se encontraron amibas; Ratchet, uno de grave hemorragia intestinal en un amibiásico oculto, también curada con emetina. Otras veces se asiste al despertar tardío y terrible de la amibiasis como en esa enferma de Carnot que a los 73 años, sin antecedente alguno, hace bruscamente una crisis disentérica que la mata en 23 días.

Y qué decir de esas amibiasis ignoradas que se revelan por el choque de una intervención quirúrgica? Nosotros tenemos una observación. Carnot cita un caso de muerte al día siguiente de



una cecostomía en una enferma de Flandin. Este negaba la amibiasis porque los exámenes coprológicos eran negativos; pero cita a este respecto, un caso de Harvier en el que los parásitos no pudieron ser hallados en vida del enfermo, pero sí, y abundantes, en los cortes microscópicos de su intestino conservado.

Pues bien, este tipo de amibiasis oculta puede producir también un tumor de colon aparentemente primitivo. Así clasificamos nuestro caso. No hallamos amibas en un único examen, pero tanto Ravaut como Chiray admiten que en estas amibiasis viejas, el examen coprológico, que por otra parte siempre deberá practicarse y repetirse, será frecuentemente negativo y que aquí, como en la sífilis terciaria, sólo los resultados positivos cuentan. No habrá de olvidarse, finalmente, el buscar las amibas por rectoscopia, aunque Bassler afirma que sólo se hallarán resultados positivos en un 25 % de los casos.

Quédale a veces al clínico como único argumento, la sanción terapéutica que tiene gran valor.

Resumiendo: si un enfermo, con un tumor de colon, es un amibiásico intestinal evidente o es sospechoso de serlo por sus antecedentes y se comprueba la existencia de amibas disintéricas en sus materias, si no hay signos de metástasis, un tratamiento de prueba podrá, a veces, curar el tumor. Deberá exigirse a ese tratamiento un resultado rápido con modificación evidente de la lesión. Si hay concordancia entre estos hechos y la desaparición progresiva de las amibas, si el tumor desaparece, el diagnóstico será exacto.

Pero no debe incurrirse en el error de querer deducir con seguridad de la amibiasis del enfermo, la naturaleza amibiásica del tumor: los amibiásicos hacen neoplasmas con frecuencia. De ahí que si el resultado terapéutico no es rápidamente evidente, será prudente hacer abstracción del diagnóstico de amibioma y operar.

Pero puede un enfermo portador de una amibiasis oculta, sin antecedentes, sin amibas en sus materias fecales, presentar un tumor de colon que parezca primitivo y ser un granuloma amibiano. Debe pensarse en su posibilidad y si se tiene la menor sospecha, ya provenga ella de la clínica, ya de la radioscopia, un rápido tratamiento de prueba la podrá confirmar o disipar.

Tal es la modalidad que nos parece plantear nuestro caso

y que si pudiera ser confirmada con otros análogos en los que, con mayor suerte, la documentación pudiera ser completa, plantearía la necesidad de excluir el diagnóstico de granuloma amibiano, aun en los tumores aparentemente primitivos del colon.

**Dr. Gaminara.** — El problema que plantea el Dr. Harán en su interesante comunicación, fué ampliamente tratado por mí hace tres meses en esta misma Sociedad.

En aquella ocasión sostuve que el diagnóstico etiológico de la amibiasis no podía hacerse de una manera absoluta considerando solamente los datos suministrados por una sola disciplina.

De las discusiones sostenidas en los últimos Congresos sobre este tema, que fueron los de El Cairo en 1928, Rosario de Santa Fe en 1934 y Casablanca en 1936, se desprende que el diagnóstico etiológico de la amibiasis es muy difícil, sobre todo para establecer con seguridad si una afección debe considerarse de naturaleza amibiana. La presencia de amibas en la lesión debe ser comprobada en forma precisa, estableciendo primeramente si los elementos encontrados son realmente amibas; en seguida resolver si esas amibas son histolítica o de otra especie estudiando sus caracteres morfológicos y biológicos. Después determinar si la afección es realmente producida por la amiba disenterica o si este parásito acompaña o agrava la lesión principal. Para esto hay que estudiar detenidamente la evolución clínica del enfermo, realizar, — si es posible, — alguna biopsia para estudiar anatómicamente la lesión, y emplear el medicamento específico de la amibiasis, — la emetina, — que cuando cura rápidamente al enfermo haciendo desaparecer al mismo tiempo las amibas, constituye la verdadera piedra de toque; única comprobación científica que todo el proceso era exclusivamente amibiano, si el enfermo mejora, la lesión retrocede y las amibas vegetativas desaparecen rápidamente.

El tratamiento específico y la evolución clínica son por consiguiente las pruebas biológicas más importantes para demostrar la naturaleza amibiana de una afección, — como dice Harán, — pero desde el punto de vista estrictamente científico, este hecho biológico debe estar acompañado por un minucioso examen parasitológico que permita seguir al protozoario en su derrota.

En el caso especial de la forma tumoral de la disentería cró-

nica, — modalidad anatómica señalada ya desde el año 1846 por comprobación necroscópica (ver Dutroulau “Maladies des européens dans les pays chauds”, pág. 407), — su naturaleza amibiana está plenamente comprobada por todas las exigencias científicas de la hora presente y confirmada por numerosas publicaciones americanas y europeas.

El problema es todavía de actualidad por cuanto, — como dice Harán, — desde el punto de vista clínico, su diagnóstico debe plantearse en los tumores del intestino grueso, aun en personas de edad avanzada; hecho nuevo, pues hasta ahora los casos observados eran en personas relativamente jóvenes.

Como el síndrome disentérico puede no existir en la anamnesis, o puede ser muy disimulado (lo que frecuentemente sucede en nuestro medio), y como la primera manifestación de la enfermedad, — en el caso de Harán, — fué la oclusión intestinal aguda, el médico práctico debe pensar en la posibilidad que el tumor sea amibiano siempre que no haya otro elemento de juicio que permita desechar esa sospecha.

El examen de las deyecciones o la biopsia pueden robustecer la hipótesis que el tumor sea parasitario, pero la naturaleza exclusivamente amibiana de todo el proceso tumoral sólo podrá ser asegurada — como lo sostiene Harán, — cuando se compruebe por la prueba terapéutica y por la evolución clínica que la enfermedad desapareció con el tratamiento específico, y los exámenes coprológicos señalen concomitantemente la desaparición o el enquistamiento de las amibas histolíticas.