

UN NUEVO CASO DE TUMOR INFLAMATORIO
AMIBIANO DE LASNIER

Por Máximo A. Karlen

La designación de T.I.A. de Lasnier, adoptada por la Sociedad de Anatomía Patológica de Montevideo para rotular esta afección, es la más correcta, por unir a la exacta noción anatómico-clínica y etiológica el nombre del autor que la reconoció en el año 1916.

Este nuevo caso que presentamos hoy tiene como particularidad interesante la de ser el primero observado en el sexo femenino. Efectivamente, Flavio L. Niño, en su tesis de 1942 consagrada al tema que nos ocupa, hace el estudio crítico de los casos publicados en la literatura médica, perteneciendo todos ellos al sexo masculino.

Relataremos los hechos más salientes de la historia clínica de la Sra. D. B. de R., 54 años, italiana, casada, residente en la ciudad de Colonia. Consulta en agosto de 1942 por trastornos intestinales sub-agudos, de marcha irregular, que se prolongaban desde hacía más de 8 meses, caracterizados por dolores de localización variada, predominando en el hemiventre derecho, constipación discontinua, astenia, anorexia, gran adelgazamiento y palidez de la piel y mucosas. Nunca había tenido crisis diarreicas ni había observado jamás mucosidades ni sangre en las materias fecales. Estado febril irregular, llegando la fiebre a veces a 39 $\frac{1}{2}$ °.

La enfermedad se instaló 8 meses antes con dolor en la F.I.D., estado nauseoso, constipación y una temperatura axilar de 39°. Desde entonces sufría dolores casi permanentes, aunque de intensidad variable, localizados en la F.I.D. y en el flanco derecho. La constipación pertinaz le llamó mucho la atención, pues anteriormente siempre había tenido un tránsito intestinal regular. En ningún momento tuvo tenesmo rectal, ni diarrea.

La anorexia cada vez más intensa la llevó a un estado de desnutrición y de debilitamiento tal, que desde hacía tiempo no podía sostenerse incorporada.

Este cuadro fué interpretado por los colegas tratantes como una entero-colitis, pero la terapéutica orientada en ese sentido fué inoperante.

La predominancia del dolor en la F.I.D. y especialmente el dolor

neto provocado por la compresión de la zona de Mac Burney, hizo plantear en dos oportunidades el diagnóstico de apendicitis.

Cuando examinamos por primera vez a la enferma, 8 meses después del comienzo de su enfermedad, se nos presentó muy pálida, demacrada (pérdida de 17 kgs. de peso), febril, con temperatura axilar de $37 \frac{1}{2}^{\circ}$ y rectal de $38 \frac{1}{2}^{\circ}$ y con dolor espontáneo en la F.I.D. A la palpación se percibía una masa en el sitio ocupado normalmente por el ciego, muy dolorosa a la compresión, de límites poco netos. El dolor provocado irradiaba a la cara anterior del muslo derecho. Resto del vientre libre, a paredes blandas e indoloro. La palpación bimanual permitía percibir entre la mano vaginal y la externa, una tumoración redondeada, de bordes imprecisos, dura y muy dolorosa, cuyo polo inferior era difícilmente accesible a través del fondo de saco derecho de la vagina, por su situación alta.

La paciente había sido sometida 20 años antes a una histerectomía total con anexectomía bilateral, por fibromioma.

El estudio radiológico del colon realizado por nuestro amigo, el Dr. Casanello, puso en evidencia que el tránsito a través del intestino delgado se realizaba en tiempo normal y que el ciego y colon ocupaban una posición normal, sin presentar deformidades ni alteración en el tránsito. Mediante enema opaco se llenó el colon en su totalidad y las paredes del ceco-colon se dibujaban nítidamente, sin evidenciar ninguna imagen lacunal. Válvula ileo-cecal continente. El punto de dolor máximo provocado por la compresión, correspondía al fondo del ciego.

Leucocitosis 9.500. Examen de orina normal. Reacción de Weber en las fecas: negativo.

El fracaso del tratamiento médico y la decadencia progresiva del estado general nos indujo a intervenir quirúrgicamente con diagnóstico probable de apendicitis con reacción plástica periapendicular.

Operación: Agosto 18 de 1942. Dres. M. A. Karlen y E. Vigil Sñora. Anestesia general con ciclo-propano, Dr. E. C. Palma. Incisión de Mac Burney. Lipomatosis subperitoneal. Sínfisis peritoneal en todo el contorno del ciego y del colon ascendente. Despegamiento a dedo del peritoneo parietal, separando el ciego y colon ascendente del peritoneo parietal, maniobra bastante fácil por ser las adherencias relativamente laxas. El ciego y la mitad inferior del colon ascendente son de color rosado, con algunas venas flexuosas en su superficie, formando en conjunto un tumor cilíndrico a eje vertical. Su superficie es ligeramente abollonada, especialmente al nivel del fondo del ciego. Hacia arriba se continúa con el colon ascendente sin que exista un límite de separación neto entre la parte enferma y la sana. Al tacto ofrece una dureza leñosa uniforme. Resulta imposible individualizar el apéndice.

No se extrae material para biopsia por temor a una perforación del intestino grueso. Cierre de la pared abdominal por planos previa colocación de 3 grs. de polvo de sulfatiazol alrededor del ciego y en la herida parietal.

El post-operatorio inmediato transcurre normalmente. El estudio de

la sangre revela una anemia hipocrómica con 2.100.000 eritrocitos cuyo valor globular es de 0.92, una leucocitosis de 9.600, con 85 % de polinucleares. No se encuentran eosinófilos. Mediante 3 transfusiones sanguíneas de 150 cc/c/u. se remonta el hemograma a 3.660.000 en solo 6 días.

El Dr. Piquerez, a quien llamamos en consulta, planteó la posibilidad de tratarse de un tumor amibiano del ciego, a pesar de la ausencia de síndrome disentérico. Fundó su impresión en su experiencia anterior y en la forma cilíndrica del tumor, a límite superior impreciso, que conservaba a grandes rasgos la forma, situación y orientación del ciego.

El estudio radiológico realizado en ese momento por el Dr. F. García Capurro, reveló un ciego y colon ascendente de paredes netamente dibujadas, sin imagen lacunar, de evacuación normal. La placa N° 1 muestra la imagen obtenida por enema opaco y la N° 2 el ciego, 16 h. después de la ingestión de barita.

Fué muy difícil encontrar amibas disentéricas en las materias fecales. Previa ingestión de laxantes salinos se repitieron los exámenes diariamente, hasta que finalmente, en la 5ª muestra, aparecieron al cabo de 8 días amibas hematófagas auténticas en número escaso.

De inmediato se inició el tratamiento emetínico asociado a un arsenical pentavalente. Esto no impidió la formación de un absceso amibiano de la región cecal que fué drenado a través de la incisión de Mc. Burney hecha 23 días antes y que había cicatrizado por primera. Salió aproximadamente 1 litro de pus de color rojo-marrón, bien ligado y con olor característico a materias fecales. También aquí se encontraron amibas disentéricas auténticas.

El absceso se limpió rápidamente con lavados con suero fisiológico, aspiración del contenido, e instilación de 1 gramo de polvo de sulfatiazol y de 0 gr. 024 de emetina, maniobras repetidas diariamente. Ya al 3er. día la supuración perdió su carácter colibacilar. Curación del absceso a los 25 días.

Mejoría rápida del estado general desde el comienzo del tratamiento antidisentérico, asociado a transfusiones, hepatoterapia, etc. El hemograma reveló que ya tenía 4.000.000 de glóbulos rojos después de 8 días de tratamiento. En conjunto se le suministraron 0 gr. 62 de emetina S.C. y 0 gr. 30 localmente en el absceso y conjuntamente 2 series de carbarsone de 10 días cada una. Entre estas 2 series se intercaló una cura con enteroformo.

Al terminar este tratamiento la investigación de amibas en las materias fecales resultó reiteradamente negativa.

Después de un mes de descanso se repitieron series completas de los antiparasitarios citados más arriba. En poco tiempo se normalizó el tránsito intestinal, reapareció el apetito y la buena tolerancia digestiva con un aumento ponderal de 6 1/2 kgs. en 4 meses.

Recientemente volvimos a ver a la enferma que ostenta un excelente estado general. En la F.I.D. se palpa apenas el ciego, completamente indoloro. Aun ahora se comprueba por el tacto vaginal bajo la pantalla un

discreto espesamiento del fondo del ciego. Esto nos permite afirmar que si la tumoración cecal ha desaparecido casi totalmente, aun queda una esclerosis de la pared, vestigio de su proceso patológico. Como es posible que subsistan en esa zona aun amibas disentéricas, aconsejamos a la paciente de insistir periódicamente con el tratamiento antiparasitario.

Las radiografías N° 3 y 4, obtenidas después de enema baritado y de insuflación de aire en el colon, muestran una pequeña deformación del fondo del ciego, al nivel de la implantación apendicular. Es allí que el tacto bimanual pone de manifiesto un espesamiento parietal.

CONSIDERACIONES

Esta afección de diagnóstico quirúrgico y de tratamiento médico, según expresión feliz de Desjardins, presenta un alto interés para el cirujano, pues del diagnóstico oportuno depende la decisión terapéutica: resección de un segmento del intestino o tratamiento médico.

Con el tratamiento antiparasitario se obtendrá en general una curación rápida; mientras que la resección, consecuencia lógica del diagnóstico de tumor maligno o de tuberculoma, acarrea todos los peligros de la cirugía del intestino grueso. Tan cierto es esto, que el 35 % de los tumores amibianos extirpados llevaron al éxito, según la estadística mundial recopilada por F. Niño y que abarca 17 casos operados. En cambio, son excepcionales los fracasos del tratamiento médico y de 17 casos de la misma estadística tratados por antiparasitarios, no falleció ninguno. He aquí los resultados generales:

	Casos	Fallecidos	Curados con trat médico	Fracaso t. médico	Sin especificar resultado
Trat. quirúrgico	17	6	4		7
Trat. médico	17	0	12	1	4

Debe observarse que los casos felices de la cirugía, son los que fueron sometidos a posteriori al tratamiento antidisentérico.

Puede darse el caso contrario, donde después del fracaso del tratamiento médico debe recurrirse a la resección, por ser irreversibles las lesiones. En efecto, el Prof. A. Chifflet, en un caso reciente, tuvo que proceder a una resección, porque con el tratamiento médico no había desaparecido la estenosis.

El diagnóstico, en ausencia de pasado disentérico, siempre

será difícil. Esto se debe a dos razones principales: porque no se piensa en esta afección relativamente rara y porque a veces es muy difícil encontrar las amibas en las deyecciones. Por otra parte, como los tumores de Lasnier no tienen cuadro clínico propio, se piensa en las afecciones que con mayor frecuencia se manifiestan sobre el intestino grueso en forma de tumores: el cáncer y el tuberculoma.

El cuadro clínico completo de la afección está constituido por antecedentes disentéricos a veces lejanos, constipación, un tumor a menudo palpable en cualquier segmento del colon, de preferencia cecal, anemia, decadencia del estado general, etc. Pero ninguno de estos síntomas le es propio. El diagnóstico sólo será establecido por el hallazgo de la entamoeba dysenteriae y por la prueba terapéutica.

Nuestra enferma no tuvo en sus antecedentes nada que hiciese pensar en la disenteria amibiana. Su intestino siempre había funcionado normalmente. Hacía 8 meses que sufría dolores abdominales y constipación. Nunca había tenido diarreas ni había observado jamás mucus o sangre en las fecas. Los dolores eran vagos, sin localización neta, haciendo pensar en distintas afecciones. Finalmente quedaron circunscriptos a la F.I.D.

El tumor de la F.I.D. era de apreciación difícil porque a pesar del gran adelgazamiento, la enferma conservaba aún un pániculo considerable. El dolor provocado por el examen nunca nos permitió hacer una palpación a fondo. Durante el primer examen tuvimos la impresión de palpar un plastrón apendicular.

El estudio radiológico, por ingestión y enema opaco, realizado por el Dr. Casanello antes de la exploración quirúrgica, mostró un intestino con tránsito normal, ciego y colon ascendente a bordes nítidamente dibujados, aunque disminuidos en sus dimensiones.

Después de la exploración quirúrgica y sabiendo ya que se trataba de un tumor ceco-cólico, repetimos el estudio radiológico con el Dr. F. García Capurro y en presencia del Prof. C. Piquerez. El enema opaco relleno bien todo el colon, inclusive el ascendente. El ciego, alto y pequeño (Rgr. 1.) presentaba contornos netos, no se distendía por el enema opaco, y quedaba separado del colon ascendente por una estrecha zona estenosada, que no cambió de forma bajo la presión del enema opaco.

Por el tacto vaginal bajo la pantalla comprobamos que el tumor descendía hasta la vecindad del estrecho superior y que los movimientos que se le comunicaban con los dedos intravaginales, desplazaban también a la sombra cecal. Por la palpación externa también se notaba el aumento del espesor de las paredes laterales del ciego.

El grosor del fondo cecal era de unos 5 a 6 cms., medido



RADIOG. 1. — Enema opaco. Ciego elevado, zona estrecha estenosada entre ciego y colon ascendente; disminución de los diámetros del ciego.



RADIOG. 2. -- Aspecto del ciego 16 h. después de ingestión de barita.

entre la punta de los dedos intravaginales, en contacto con el tumor, y la parte más declive de la sombra cecal.

En la placa N° 2, obtenida después de evacuación parcial del ciego previa ingestión, se observa la situación del fondo del ciego.

Debemos agradecer a la experiencia clínica de nuestro maestro y amigo, el Prof. C. Piquerez, el hallazgo del buen camino. La forma cilíndrica del tumor, la poca nitidez de su límite superior comprobada durante la exploración quirúrgica; la conservación de la forma general del intestino, le recordaron algunos casos de tumores amibianos vistos anteriormente.

La ausencia absoluta de antecedentes, el estado clínico y radiológico de su tórax, y la edad de la enferma nos permitieron descartar la tuberculosis cecal.

Resultó muy difícil encontrar las amibas en las fecas, a pesar del uso de laxantes y de tomarse todas las precauciones del caso. En efecto, recién en la 5ª muestra aparecieron muy escasas amibas disintéricas auténticas.

El diagnóstico quedó aún más firme, al formarse un absceso de la pared abdominal, que fué drenado por la incisión de Mc. Burney, hecha 23 días antes. El pus, de carácter netamente amibiano, también contenía amibas hematófagas.

El síndrome hematológico, bastante característico en nuestro caso, siguió la evolución que muestra el cuadro adjunto:

	Ag. 21, 1942	Ag. 27	Set. 7	Oct. 6	En. 13, 1943
Glóbulos rojos	2.100.000	3.660.000	3.960.000	4.240.000	4.200.000
Hemoglobina %	43	75	84	85	90
Leucocitos	9.600	7.000	12.500	6.300	5.400
Neutrófilos %	85	75	75	72	66
Eosinófilos %		2		4	
Basófilos %		1			
Linfocitos %	12	17	21	22	28
Monocitos %	3	5	4	2	6

Durante toda la evolución de la enfermedad nos llamó la atención el bajo porcentaje de eosinófilos.

La brillante eficacia del tratamiento antianémico, llevando los glóbulos rojos a 3.660.000 y la hemoglobina a 75 %, mediante sólo 3 transfusiones sanguíneas de 150 cc. cada una, fué la primera alerta contra el diagnóstico de tumor maligno. Este resultado fué obtenido antes de instituirse el tratamiento anti-parasitario.

Pensamos que este repunte rápido y sostenido de la fórmula sanguínea tenga en el conjunto sintomático un real valor diagnóstico.

El aspecto radiológico del ciego después del tratamiento es muy distinto al que ofrecía antes. En efecto, el ciego y el colon ascendente se llenan y se distienden ahora bien, teniendo un calibre normal y llegando el fondo cecal mucho más bajo que antes (Rgr. 3). En la placa obtenida previa insuflación del colon,

se observa una mucosa de caracteres normales, salvo al nivel del fondo, junto a la implantación apendicular, donde parece estar invaginada en una pequeña zona. Es aquí que por el tacto vaginal todavía ahora se palpa un nódulo indurado, pero de



RADIOG. 3. — Enema opaco realizado 4 meses después del tratamiento antidisentérico.



RADIOG. 4. — Aspecto de la mucosa ceco-cólica después de insuflación de aire.

escaso espesor, vestigio sin duda de sus lesiones anteriores (Rgr. 4).

Resumiendo, podemos afirmar que la enferma tenía un T.I.A. de Lasnier a localización cecal, por los siguientes hechos:

1º Por la comprobación operatoria de un tumor que engrosaba las paredes del ciego y colon ascendente.

2º Por la presencia de la entamoeba dysenteriae en las materias fecales.

3º Por la formación durante el post-operatorio, de un absceso parietal que contenía pus achocolatado y en el cual se pudieron demostrar amibas.

4º Por la prueba terapéutica, con recuperación rápida del estado general y la desaparición total del tumor.

5º Por las modificaciones radiológicas después del tratamiento, caracterizadas por: alargamiento, aumento de los diámetros y distensibilidad normal del ciego y colon ascendente al enema opaco y con aspecto normal de la mucosa a la insuflación.

RESUMEN

Señora de 54 años de edad, sin antecedentes disentéricos, que desde hacía 8 meses sufría dolores abdominales sin localización fija, pero predominando en el hemiventre derecho. Constipación y empujes febriles de intensidad variable durante el mismo período. Anorexia, astenia y adelgazamiento marcado.

En el momento del examen, dolor neto en la F.I.D. Radiológicamente ciego pequeño, a bordes netos, doloroso en el fondo, tránsito normal.

La exploración quirúrgica de la F.I.D. revela una masa tumoral formada por el ciego y parte del colon ascendente, cilíndrica, un poco irregular, de dureza uniforme, adherida al peritoneo parietal, algo móvil en sentido transversal. Se cierra la incisión de Mc. Burney sin extraer material para biopsia. Se decide completar el estudio y remontar el estado general, antes de decidir la conducta ulterior. Anemia de 2.100.000 con oligocromenia. Leucocitosis discreta con neutrofilia. Al 5º examen de materias fecales se descubren algunas amibas disentéricas. Tratamiento antiparasitario. Absceso amibiano de la pared que contiene también amibas. Recuperación rápida del estado general y especialmente de la anemia.

Examen clínico y control radiológico a los 5 meses después de haber hecho 2 series de emetina de 0 gr. 62 c/u. y 3 de carbarsone y de entero-vioformo.

Según informaciones a nuestro alcance, es el primer caso de T.I.A. de Lasnier descrito en una mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. RICARDONI (A.) y BERTA (A). — La Disenteria Amibiana en el Uruguay. *Anales de la F. de Med.* 1:31-190. 1916.
2. GAMINARA (A.). — Las Disenterias en el Uruguay. Algunas formas tumorales de origen amibiano. "Segunda Conferencia de la Sociedad Sud. Am. de Higiene, M y P." Río de Janeiro, 1918.

3. GAMINARA (A.). — Las Disenterías en el Uruguay. *Anales de la F. de M.* 3:800-809. Montevideo, 1918.
 4. LASNIER (E. P.). — Tumores inflamatorios amibianos del intestino grueso. *Aanales de la Fac. de Med.* 3:810-828. 1918.
 5. FINOCHIETTO (E.) y VACAREZZA (R. F.). — Tumores inflamatorios del intestino grueso de origen amibiano. *La Prensa Méd. Arg.*, 7:134-137. Buenos Aires, 1920.
 6. BREA (M. M.). — Los tumores inflamatorios del colon. *Boletín del Instituto de C. Quirúrg.* 13:229-293. Buenos Aires, 1937.
 7. Sociedad de Anatomía Patológica, Montevideo, Tumores inflamatorios amibianos de Lasnier. 1939.
 8. NIÑO (F. L.). — Tumores inflamatorios amibianos del intestino grueso. Tesis de profesorado. *Boletín del I. de Cl. Quirúrgica.* 18:153-213. Buenos Aires, 1942.
-