

COLECTOMIA TOTAL POR PERFORACION INTESTINAL AMIBIANA

DR. GILDARDO OLIVOS N.*
DR. RODOLFO AMARO G.**
DR. PABLO PEÑALOZA M.***

La amibiasis es una enfermedad de erradicación difícil debido a las malas condiciones higiénico-dietéticas y a que la amiba en su forma quística es capaz de soportar factores ambientales desfavorables durante mucho tiempo, lo que facilita su transmisión. Por ello existe una gran cantidad de portadores asintomáticos que constituyen la fuente principal de infección y que varía desde un 2% en ciudades septentrionales hasta un 50% en comunidades tropicales. (3', 12', 4').

En general, la amibiasis es enfermedad benigna; pero debido a su capacidad patógena puede originar complicaciones múltiples, desde una simple diarrea, hasta cuadros graves como disentería, absceso hepático comunicado a bronquios o pericardio, perforación intestinal (con todas las complicaciones que esta última encierra) y prácticamente invadir cualquier órgano de la economía y causar la muerte. Adentrándonos un poco más en la perforación del colon, se señala que ocurre con una frecuencia de 0.5% de la disentería amibiana (1', 8') y esta última se presenta con una frecuencia del 5% de los sujetos parasitados por amibas. La perforación intestinal es relativamente poco frecuente, pero importa señalar el reducido número de pacientes que sobreviven a esta complicación. Algunos autores señalan una mortalidad cercana al 100%. Se informa que la mayoría de las

veces la perforación es múltiple (3', 4') y ocurre en orden de frecuencia en el ciego, colon ascendente y recto sigmoides en la forma retroperitoneal mas que intraperitoneal (1', 4', 8', 9', 10'). Ya que la amibiasis generalmente responde bien al tratamiento médico, la cirugía queda reservada para los casos que presenten complicaciones (1', 2').

Presentamos el caso de una paciente con colon tóxico y perforación múltiple por amibas, asociado con absceso hepático amibiano, cuyo tratamiento médico y quirúrgico le ha permitido la sobrevida hasta el momento. Considerando que la amibiasis es una enfermedad endémica en México y en otros países en desarrollo, que constituye un problema de salud pública aún en los países desarrollados por su elevada mortalidad cuando se complica y que existen diferentes criterios en el tratamiento; el empleo de la colectomía total en nuestro caso clínico nos mueve a presentarlo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

J. V. H., mujer de 31 años que procede de medio socioeconómico bajo, con antecedentes de alimentación deficiente, frecuentemente callejera; fue apendicectomizada en 1960 y reoperada 6 años después por oclusión intestinal por bridas quirúrgicas. Padece frecuentes diarreas desde los 22 años, el último 15 días antes de su ingreso al servicio de cirugía.

Su padecimiento actual se inició 10 días antes de su ingreso con dolor pungitivo en el hipocondrio derecho, irradiado a mesogastrio, epigastrio y hombro derecho, se

* Médico del servicio de cirugía general. Hospital General de México, S.S.A.

** Médico interno del servicio de cirugía general. Hospital General de México, S.S.A.

*** Médico residente del servicio de urgencia del Hospital General de Netzahualcóyotl, S.S.A.

acompañaba de escalofríos, fiebre, diaforesis y vómito de contenido gástrico que en ocasiones calmaban el dolor; 6 días después apareció ictericia, coluria y acolia, así como ataque intenso al estado general y signos de deshidratación. Así se presentó al servicio de urgencias el 16 de diciembre de 1971, donde a la exploración se encontró pálida, icterica, con deshidratación y mal estado general. En el abdomen presentaba disminución de los reflejos musculocutáneos, hiperbaralgia, signo de Murphy positivo y una masa tumoral palpable en el hemiabdomen derecho que predominaba en la fosa iliaca derecha. El tacto vaginal y rectal corroboraron la presencia de dicha masa tumoral; los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis importante con neutrofilia; los rayos X no fueron de utilidad para el diagnóstico. Con los datos anteriores se pensó en colecistitis aguda y absceso anexial, se inició tratamiento conservador a base de soluciones parenterales, cloranfenicol y analgésicos y se instaló sonda nasogástrica. Dos días después, sin ceder el cuadro, apareció abombamiento en el hipocondrio y en el flanco derecho; nuevos estudios radiográficos mostraron elevación del hemidiafragma derecho, derrame pleural, neumonitis y bandas de atelectasia en hemitórax derecho. Con la adición de estos datos se estableció diagnóstico de absceso hepático amibiano abierto a cavidad pleural y probable absceso apendicular, por lo que fue intervenida quirúrgicamente. Se encontró el ciego y colon ascendente perforados y sellados con epiplón, el resto del colon mostraba múltiples úlceras a punto de perforarse, por lo que se decidió hacer colectomía total e ileostomía. Al hacer la revisión del hígado se encontró un absceso de 15 × 15 cm en el lóbulo derecho que se rompió al maniobrar por lo que se hizo canalización del mismo. El estudio histopatológico corroboró el diagnóstico. La evolución de la paciente fue mala, se le trató con soluciones parenterales, cloranfenicol, emetina, metronidazol, corticoides y transfusión de sangre. Cinco días después de la intervención presentó datos de insuficiencia cardíaca por lo que se le aplicaron las medidas del caso y se inició evolución satisfactoria; 20 días después presentó datos de absceso residual que se corroboró

por gamagrafía y se evacuó por punción. El cultivo del producto mostró *Proteus* por lo que se agregó gentamicina y continuó la evolución favorable. Después de 70 días de su ingreso al servicio de terapia intensiva fue dada de alta, su peso fue de 40.5 kg. Un mes después ingresó al servicio de gastroenterología para efectuar la anastomosis iliorectal. Durante su estancia en este servicio presentó alteraciones psicológicas caracterizadas por depresión, lo que motivó tratamiento psiquiátrico. En este servicio se administró dieta hiperproteínica con lo cual aumentó su peso y fue intervenida 75 días después de su ingreso. Hasta septiembre de 1978, fecha en que seguimos a la paciente, se encontraba en perfectas condiciones de salud y con peso corporal de 66 kg.

COMENTARIO

El presente caso muestra una forma que puede presentar el cuadro de perforación intestinal por amibiasis, así como un esquema de tratamiento. Como hemos visto es difícil establecer el diagnóstico debido a que puede aparentar otro padecimiento. En ocasiones debido a su relativamente baja frecuencia es difícil también pensar en él. Los pacientes pueden agravarse paulatinamente con ataque grave al estado general y cuando ingresan al hospital, las alteraciones abdominales palpables pueden sugerir padecimiento vesicular, apendicular o de otra índole, lo que induce a diagnósticos erróneos. Para establecer el diagnóstico correcto debe hacerse una buena historia clínica que en un momento dado es de más valor que los exámenes de laboratorio y gabinete.

No sabemos con exactitud a qué se debe que generalmente no haya un cuadro clínico claro de abdomen agudo con perforación intestinal, ya que muchas veces no existe resistencia muscular abdominal ni dolor intenso, y cuando se presenta es más acentuado en la región del ciego y colon pélvico; asimismo, algunos autores refieren que la rigidez muscular es menos marcada cuando hay múltiples perforaciones que cuando hay una sola (9, 10). Wilmot refiere que en algunos casos ocurre peritonitis sin verdadera perforación; también, algunos autores engloban a la peritonitis en

dos categorías: en la primera, el paciente después de una disentería amibiana severa, presenta cuadro de peritonitis generalizada que evoluciona gradualmente y que puede ocurrir sin perforación demostrable del colon; pero si se deja evolucionar llegará a perforarse en el curso de la enfermedad.

En el segundo grupo los pacientes pueden o no sufrir disentería amibiana cuando presentan un episodio de abdomen agudo. El dolor puede ser moderado o severo y acompañarse de rigidez muscular; el paciente con íleo y distensión abdominal, así como signos de intoxicación. El estudio radiológico muestra aire libre en la cavidad abdominal, y cuando se comprueba este dato, está indicada la laparotomía.

Por la gravedad de estos pacientes debemos tener presente que su tratamiento requiere tres condiciones importantes: la primera es la estrecha colaboración entre cirujano e internista para que en caso necesario se ofrezca tratamiento quirúrgico al paciente.

La segunda se refiere a las alteraciones sistémicas ocasionadas por la amibiasis invasora, como el síndrome hiperdinámico en el cual el gasto cardíaco está elevado y hay disminución de las resistencias periféricas, con lo cual la perfusión tisular resulta insuficiente ya que la sangre deriva por cortocircuitos y al persistir este síndrome se llega a la insuficiencia cardiopulmonar y, si no se corrige esto, a la muerte. (4, 5). Por ello el internista debe identificar y corregir estas alteraciones simultáneamente con el padecimiento principal.

La tercera es que debe precisarse el momento oportuno y el tipo de operación en cada caso, para ofrecer al enfermo las mejores posibilidades de curación.

En lo que se refiere a tratamiento quirúrgico aunque no hay unanimidad, la experiencia demuestra que es mejor el tratamiento un tanto "agresivo" con resección parcial o total del colon y enterostomía de ambos cabos o sutura del muñón si éste es muy pequeño, y anastomosis en un segundo tiempo cuando las condiciones del paciente hayan mejorado. La mayoría de las series de casos indican que la sutura directa de la perforación da malos resultados, lo mismo que el tratamiento conservador, de-

bido a que la pared intestinal es friable, presenta edema e infección secundaria, lo que ocasiona dehiscencia de suturas con las complicaciones que ésta conlleva, o también por la gran cantidad de perforaciones que en muchas ocasiones por lo pequeñas, pasan inadvertidas para el cirujano. En caso de no intervenir quirúrgicamente al paciente con perforación, la enfermedad sigue curso mortal.

RESUMEN

La perforación intestinal de origen amibiano es una complicación grave, cuya mortalidad según algunos autores llega al 100% de los casos. Por ello importa establecer un diagnóstico correcto basado en interrogatorio y adecuada exploración clínica y de laboratorio. Es necesaria también la colaboración estrecha entre el internista y el cirujano para cubrir los diferentes enfoques terapéuticos. Quizás la conducta quirúrgica un tanto "agresiva" dé mejores resultados según lo demuestra el caso que se presenta.

SUMMARY

Intestinal perforation due to the *Amoeba histolítica* a grave complication with a high mortality; according to some authors reaches up to 100%. That is why a correct diagnosis based in a careful investigation and a complete clinical and laboratory studies should be done. It is also necessary the close collaboration between the internist and the surgeon to cover all the therapeutic angles. It is likely that an "aggressive" surgical approach will render better results according to the case here presented.

BIBLIOGRAFIA

1. SÓLOWIEJEZYK, M., KOREN, E., and LAZAROVITCH: "Fulminating Amoebic Colitis". The Am. Journ. of Proct. 40: 45, Feb. 1973.
2. CUTLER, D. et. al.: "Necrotic Amoebic Colitis". The Am. Journ. of Gast. 45: 349, Oct. 1974.
3. GRIGSBY: "Perforation of Intestine". Surgery, Gynecology and Obstetrics 11: 615 March. 1969.
4. ALVAREZ, C. R., BAUTISTA, J. y GODÍNEZ, O. C.: "Estado Actual del Tratamiento Quirúrgico".

- gico de la Amibiasis Invasora". Archivos de Investigación Médica, Vol. 4 51: 256.
5. SIEGEL, J. H., GREENSPAN, M. and DEL GUERCIO, L. R. M.: "Abnormal vascular tone, defective oxygen transport and myocardial failure in human septic shock". Ann. Surg. 165: 504, 1967.
 6. GODÍNEZ, O. C. et. al.: "Tratamiento Quirúrgico de la Colitis Amibiana Fulminante". Revista Archivos de Investigación Médica. Vol. 1-37: 246, 1970.
 7. SEPÚLVEDA, B., BAUTISTA, J. y GUTIÉRREZ, G.: "Historia Natural de la Amibiasis". Rev. Fac. de Med., Méx., Vol. XVIII 5: 31, 1975.
 8. DOMÍNGUEZ, B. A., ALAMILA, G. G. y DORANTES, G.: "Algunos Aspectos de Manejo del Colon Amibiano". Revista de Gastroenterología de México, 01: 205, 1970.
 9. GUPTA, S. SHARMA.: "Massive Necrosis and Perforation of the Colon in Amibiasis". The Am. Surgn. 29: 431, July 1975.
 10. Archivo Médico del Hospital General de México, S.S.A.: Veliz H. J., Exp. 24417/71.