

MEDICINA ANATOMOCLINICA

Sesión N° 31 del Hospital Central del Seguro Social, celebrada el 11 de agosto de 1962. Caso N° A-690.

Relator : DR. JUAN HERNÁNDEZ B.

Patólogo: DR. RODOLFO CÉSPEDES

Resumen de la historia clínica

Nombre: E.A.M., sexo: femenino, edad 39 años. Procedente de Jesús Ma., San Mateo. Ingresó: 7 mayo 62. Falleció 24 mayo 62. Estancia 17 días.

Remitida por la Sucursal de Orotina con diagnóstico de Disentería amibiana rebelde a todo tratamiento.

Antecedentes Fam.: padres muertos, 3 hermanos sanos, esposo y 7 hijos sanos.

Antecedentes personales: Alimentación deficiente. Habitación en malas condiciones de higiene. Tabaquismo y alcoholismo negativos. Niega enfermedades previas.

Enfermedad actual: Inicia su padecimiento en Semana Santa (mediados de abril del 62) con diarrea líquida, con 6 a 7 deposiciones diarias, sanguinolentas, con moco, pujo y tenesmo rectales, sin acompañarse de fiebre, pero sí con dolor epigástrico tipo cólico, intenso, irradiado a todo el abdomen, que no se calma salvo terapéutica no especificada. Posteriormente aparecieron vómitos de carácter muco-bilioso, en varias ocasiones y que desaparecieron últimamente. Actualmente diarrea líquida, de color café, fétida, abundante. Gesta 8 Para 7. 1 Aborto. F.U.R.: no recuerda.

EXPLORACION FISICA:

Paciente pálida, angustiada, afebril, sudorosa, fría. T.A. 70/60. Pulso 136/minuto. Cabeza: ojos hundidos, pupilas simétricas, reflejos normales. Conjuntivas pálidas. Boca: lengua saburral, seca. Faringe despejada. Cuello: sin datos. Tórax: ruidos cardíacos rítmicos, con frecuencia de 136/minuto, apagados, sin soplos. Pulmones claros a la percusión y auscultación por cara anterior. Abdomen: dolor intenso en trayecto del colón, gran cantidad de ruidos hidroaéreos. Genitales y extremidades sin datos.

NOTAS DE EVOLUCION:

- 8-5-62: Paciente con cuadro diarreico rebelde. Deposiciones oscuras, líquidas.
 10-5-62: No cede la diarrea. Paciente afebril. No se observa sangre ni moco en las evacuaciones. La paciente se encuentra deshidratada y pálida.
 11-5-62: Paciente sigue con fiebre y diarrea.
 18-5-62: Paciente en muy mal estado general. La sigmoidoscopia es sugestiva de un Ca. de la ampolla rectal. Se traslada a Cirugía.
 19-5-62: Enferma en estado casi agónico, con constante pérdida de líquido sanguinolento por el recto. Se le ordenó transfusión por la noche y no se sabe por qué motivo no se la pusieron. Se ordena transfusiones abundantes 1.500 c.c. de sangre. Diagnóstico: Ca. rectal avanzado.
 19-5-62: Deshidratación grave. Anemia Shock, acidosis. Estado agónico.
 21-5-62: El aspecto de la diarrea ha cambiado, ya no es hemorrágica. Llama la atención que hay incontinencia de materias fecales. Sus condiciones generales son muy malas. Se deshidrata por la pérdida constante.
 23-5-62: Paciente en estado agónico. P.A. 70/50. T. 36.5 (axilar). Pulso radial imperceptible. Corazón 140/minuto.
 24-5-62: Enferma en muy malas condiciones, profundamente intoxicada. El problema hemorrágico no es el principal, sino el tóxico que parece no poderse resolver.
 24-5-62: Paciente al parecer en estado terminal. No se puede tomar presión arterial. Pulso muy débil, casi imperceptible. Hay respiración estertorosa, con frecuencia de 32/minuto que impide auscultación cardíaca. Hay estertores bronquiales en ambos campos.
 24-5-62: 19.10 hrs. Paciente murió, expulsando gran cantidad de líquido espumoso de color blanco y espeso antes de morir.

Durante su estancia permaneció afebril, salvo tres días (7-10 y 16) en que tuvo 38°C. por las tardes.

EXAMENES:

- 24-4-62: Heces con E. Histolítica (gran cantidad de eritrocitos y leucocitos). Hemoglobina 14 grms., G. rojos 4.900.000. Orina: trazas de albúmina unicamente.
 7-5-62: Odelca tórax=negativa.
 9-5-62: Heces: Necator
 10-5-62: HB. 7.97 grm. G. Blancos: 11.250 (2 metamielocitos, 18 en banda, 54 segmentados, 23 linfocitos, 3 monocitos). HT. 33.
 Orina: leucocitos 5, eritrocitos muchos, Cilindros granulosos-hialinos y epiteliales. V.D.R.L.: No reactiva.
 14-5-62: Grupo sanguíneo III (B). Rh (D) positivo. Heces concentración éter formol: Necator.
 17-5-62: Glucosa 92, urea nitrógeno 15, urea total 32, Creatinina 1.5, calcio 9.5, fósforo 2.4, proteínas totales 5.25, albúminas 2.55, globulinas 2.70,

relación A/G 0.94. HB. 11.31. G. Rojos 3.920.000. G. Blancos 11.800 (28 en banda, 54 segm. 13 linf. y 5 monocitos) HT. 39.

18-5-62: HB. 8.36 grms. HT. 26 (a las 20:00).

21-5-62: HB. 13.63 HT. 46

17-5-62: Proctoscopia: A 5 cms. arriba de la línea anorrectal se palpa y se observa tumoración circular mamelonada, sangrante, tipo adenocarcinoma. Se toma biopsia, cuyo resultado dio: Examen histológico: Porciones de pared rectal que muestran muy acentuada infiltración inflamatoria crónica con predominio de linfocitos. No se observa tumor. Diagnóstico: PROCESO INFLAMATORIO CRONICO SEVERO. (Fig. Nº 1).

24-5-62: HB. 10.87. HT. 43.

TRATAMIENTO DADO:

Cloromicetina 1 cáp. cada 6 horas por cuatro días. Humatin 1 cáp. cada 6 horas por cuatro días. Diodoquin: Antidiarreicos, Gantrisin. Soluciones electrolitos. Sangre.

COMENTARIO:

El cuadro de esta mujer adulta que en resumen es el de diarrea sangui-nolenta severa más una tumoración rectal, lamentablemente no parece estar muy bien definido en la historia recogida a su ingreso, ya que en ella se habla de 6-7 deposiciones y de las notas de enfermeras se desprende que eran incontables las evacuaciones que esta paciente tuvo.

Es difícil, por la historia y por un examen positivo para E. histolítica que la paciente traía del Dispensario rural, no pensar en un cuadro de amebiasis intestinal aguda. Por otro lado, los controles de heces practicados en este Hospital, todos negativos; el tipo de diarrea que se observó en el servicio, la gran deshidratación incontrolable y su evolución final, hacen pensar que si bien pudo existir una amebiasis, ésta se vio complicada o suplantada por otro tipo de proceso agudo y productor de otro tipo de evacuaciones. Dentro de los cuadros que pueden causar una enfermedad como la que esta enferma exhibe, con su inicio de deposiciones de moco y sangre, con pujo y tenesmo, para dar paso después a un cuadro de tipo coleriforme, con grandes signos de intoxicación y de deshidratación, estaría más de acuerdo la disentería bacilar, así como con la evolución fatal. Otro tipo de diarreas infecciosas (estafilocócica, moniliforme) pueden presentarse cuando se ha hecho una terapéutica antibiótica prolongada, dato del que carecemos en esta paciente.

Tenemos por otro lado la presencia de una tumoración rectal. De nuevo se deja sentir la falta de un interrogatorio completo. No sabemos nada de estreñimiento o crisis diarreas previas, si tuvo o no sangramientos previos, si tuvo o no enfermedades venéreas o ginecológicas, por lo que sólo suposiciones, y tal vez muchas, pueden hacerse. Pudiera ser un granuloma amibiano. La corta evolución clínica de este caso que se supone empezó enferma 15 días antes de su ingreso, me hacen descartarlo. Sería muy raro que una amebiasis

que ya da lugar a la formación de tal granuloma, no la hubiera hecho buscar alivio antes. La historia, el examen físico y algunos exámenes de laboratorio nos descartan granulomas de tipo tuberculoso, actinomicótico y lípidoideo, ya que el tuberculoso se observa en casos de T.B. pulmonar abierta generalmente.

El actinomicótico se acompaña de fistulizaciones y no sabemos si esta paciente usó alguna vez supositorios oleosos.

Un cuadro que sería más factible de encajar con la tumoración presentada por esta paciente es la linfadenopatía venérea. Su inicio prácticamente desapercibido en la paciente mujer, su invasión al recto, de forma circular, como la descrita en la proctoscopia y la sintomatología de pérdida de líquido serosanguíneo por el recto, la hacen posible. Además el buen estado general de la paciente en su inicio (con 4.900.000 glóbulos rojos y 14 grms. de HB) están en su favor, junto con la Relación A/G y la biopsia efectuada.

Parece poco probable que estemos en presencia de un Ca. del recto. La invasión circular de la pared se observa en estados sumamente avanzados, de muchos meses de evolución y tenemos el dato que al hacer la proctoscopia la paciente tiene un mes de síntomas, y que su estado general era muy bueno al inicio.

De nuevo la biopsia nos lo niega.

Además, hay que tratar de aclarar por otra parte, ¿qué llevó a la muerte a esta mujer? Es de lamentar que en un caso de deshidratación tan severa, con pérdida de electrolitos constante, no se hicieran determinaciones sanguíneas para tratar de hacer una rehidratación más exacta, como parece se quiso hacer al final. Aunque sin datos de laboratorio, se puede suponer que el cuadro final, cualquiera que haya sido la causa desencadenante, fue un severo trastorno de la homeostasis.

En resumen, yo creo que este caso se trata de una estrechez rectal por Enf. de Nicolás Favre, con una shigelosis agregada, con muerte por desequilibrio hidroelectrolítico severo.

Dr. Guido Miranda: De acuerdo con lo expuesto por el relator se pueden plantear los diagnósticos de Ca. del colón, Nicolás Favre, Amibiasis aguda, colitis ulcerosa inespecífica y shigelosis, basados en que se trata de una mujer de 38 años, campesina cuyos principales síntomas son: diarrea con pujo y tenesmo, moco y sangre, asociada a fiebre, deshidratación y cuadro tóxico severo. Pide al Dr. Herrán que comente el cuadro endoscópico del cáncer del colón, del Nicolás Favre, y de la colitis ulcerosa.

Dr. Oscar Herrán: Si la lesión ha invadido la totalidad de la luz del recto, creo difícil que se trate de un Ca., ya que se requiere por lo menos 6 meses de evolución para tal estado; sin embargo, el tipo de lesión en este caso es compatible con Ca. El Nicolás Favre es más localizado, anular y sólo en estado muy avanzado puede producir lesiones del tipo observado. Otros granulomas podrían dar un cuadro semejante a este; asimismo la colitis ulcerosa es capaz de provocar un cuadro pseudotumoral similar al de esta paciente.

Dr. Blanco Solís: Hace bastantes años pude observar muchos casos de Nicolás Favre y haciendo una buena historia clínica siempre se consigue el dato de coito anal y de una rectitis previa, que después provoca linfangitis

submucosa que al principio es anular y luego tubular, rara vez produce ulceraciones. Actualmente esta enfermedad casi ha desaparecido debido al uso de las sulfodrogas.

Dr. Guido Jiménez: Un análisis semiológico de la diarrea permite decir que existen dos grandes grupos de ellas: por aumento de oferta al colón y por defecto de reabsorción en el mismo; el primer grupo abarca toda la patología digestiva alta como diarreas gastrógenas, infecciosas, tóxicas, por aumento de la motilidad de cualquiera causa como diabetes e hipertiroidismo. En otros casos la cantidad de líquido que se ofrece al colón es superior a su capacidad de reabsorción y concentración.

En caso de defecto colónico, hay que diferenciar entre las diarreas producidas por patología del colón derecho y del izquierdo; son estas últimas las que cursan con moco, sangre, pujo y tenesmo.

Dr. Peña Chaves: Deben incluirse en el diagnóstico diferencial los casos de tricocefalosis masiva, como capaces de producir este cuadro.

Dr. Guido Miranda: Hemos visto varios casos de tricocefalosis masiva; el cuadro tóxico está ausente en estos casos y el aspecto endoscópico da la imagen de un típico "campo de trigo" por la cantidad de parásitos. En amibiasis aguda inclusive, con perforación y peritonitis no se ven seudotumores en la endoscopia. Queda discutir la colitis ulcerosa inespecífica que produce diarrea con gran deshidratación y cuadro tóxico desde el comienzo de la enfermedad. Llama la atención en este caso la evolución tan corta, pero en las formas agudas esto puede suceder.

A U T O P S I A

Cádafer femenino, deshidratado, pálido y enflaquecido.

CAVIDAD TORACICA:

Líquido en ambas cavidades pleurales en cantidad de 700 c.c. por lado; atelectasia de lóbulos inferiores. Corazón 196 grms., atrofia fusca del miocardio.

CAVIDAD ABDOMINAL:

Edema de intestino delgado. Trombosis del tronco de la vena porta, mesentéricas y ramas intrahepáticas (Fig. N° 2) con extensa zona de infarto del hígado. Extensión de la trombosis a la esplénica; dos infartos del bazo.

El intestino grueso, desde el ciego hasta el recto presenta extensas ulceraciones difusas que dejan algunos islotes de mucosa libres formando seudopólipos (Figs. Nos. 4, 5 y 6). El fondo y borde de las úlceras muestra tejido granuladorio polimorfocelular (Figs. Nos. 7 y 8). El proceso inflamatorio compromete también el apéndice donde existen pequeñas úlceras.

Pese a la extensa trombosis porta-mesentérica, los pequeños vasos cercanos a la pared intestinal no están trombosados.

GENITALES:

Trombosis de una vena del parametrio derecho.

DIAGNOSTICOS ANATOMO-PATOLOGICOS

- 1—Colitis ulcerosa inespecífica extensa, predominante en la mitad izquierda.
- 2—Trombosis del territorio porta-mesentérico - esplénico.
- 3—Infartos anémicos del hígado
- 4—Hidrotorax bilateral. Atelectasia pulmonar extensa bilateral.
- 5—Deshidratación severa.

Se señala que en clínica se pensó en la colitis ulcerosa pero no en su complicación final, la trombosis mesentérica, que evidentemente agravó el cuadro. Además se señala que se trató en este caso de una campesina con numerosos hijos, hecho raro en colitis ulcerosa.

Fig. 1.—Biopsia de recto que muestra un fuerte proceso inflamatorio del corión y submucosa.

Fig. 2.—Mesenterio y páncreas (éste hacia la izquierda), deja ver la trombosis en la esplénica, en la porta y en la mesentérica.

Fig. 3.—Sección de hígado que permite ver un extenso infarto anémico al centro. La flecha de la derecha indica un émbolo en vías de organización y la de la izquierda un émbolo más reciente.

Fig. 4.—Vista de conjunto de todo el colón. Puede notarse especialmente en el transverso la extensa ulceración de la mucosa que deja islotes de ésta, dando la imagen de pseudo-pólipos.

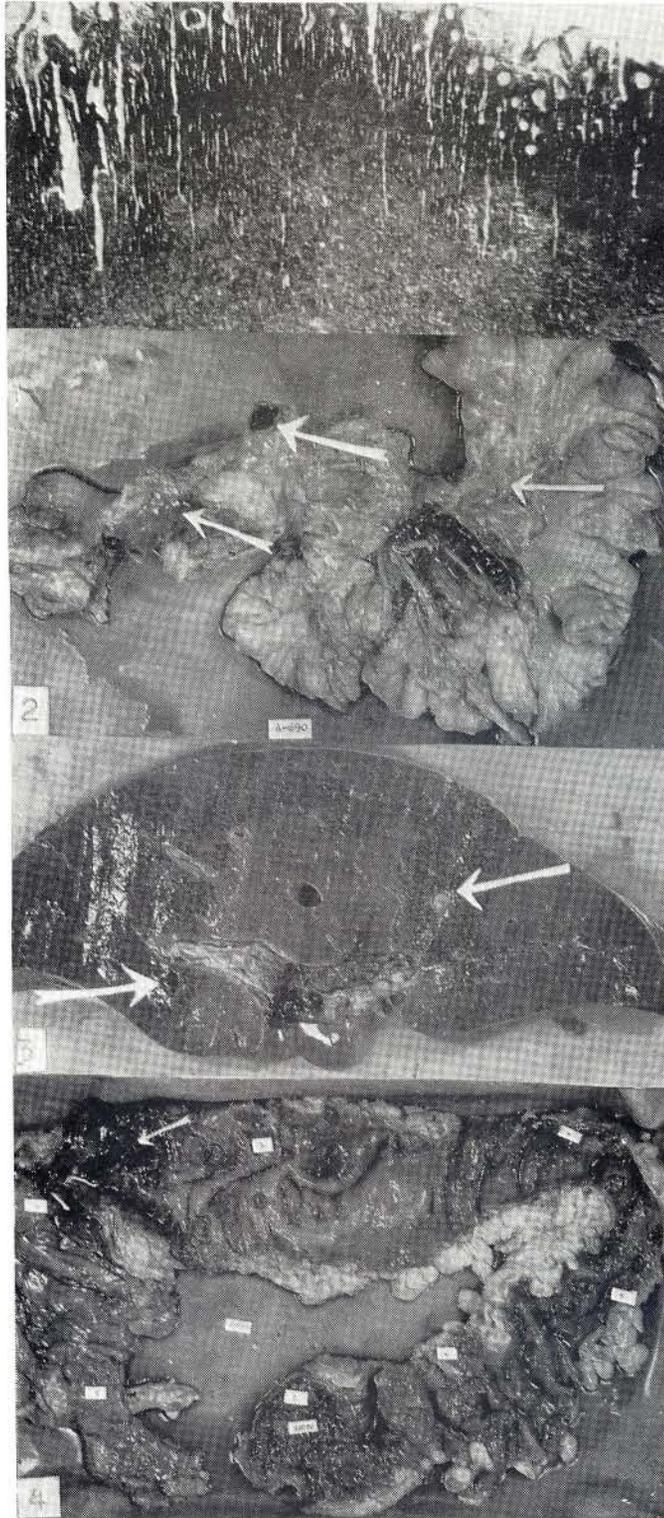


Fig. 5.—Detalle de la anterior, a nivel del colón transverso, para mostrar los pseudopólipos.

Fig. 6.—Vista panorámica de un corte histológico, que pasa por el centro de un pseudopólipo. Puede apreciarse la ulceración alrededor del fragmento de mucosa que persiste.

Fig. 7.—Detalle del borde del pseudopólipo, tomado en su ángulo derecho. Puede verse en la parte superior la mucosa que persiste, luego, un espacio claro y por debajo, la superficie cruenta.

Fig. 8.—La mucosa en una zona de ulceración. Puede verse que el proceso inflamatorio abarca la grasa de la subserosa.

