

El Manejo Combinado de la Colitis Amebiana Crónica

PRIMERA PARTE

Dr. Mark M. Schapiro, M. S., F. I. C. S.

D'Antoni expresó "conforme a nuestros presentes conceptos la amibiasis es uno de los problemas sanitarios más serios que encaran todos los organismos de Salud Pública del mundo y sin duda es el más serio riesgo médico que encara la práctica del médico dondequiera que la afección sea endémica." (1) Estas palabras escritas hoy no tienen ni una sola frase, ni una sola palabra ni ninguna alteración de conceptos. El presente artículo espera exponer al cirujano abdominal general y al médico, la complejidad de síntomas encontrados en estos casos; qué hacer, qué esperar y cómo evitar los peligros latentes inherentes en esta traidora y aparentemente inofensiva enfermedad.

INCIDENCIA DE LA COLITIS AMEBIANA CRONICA:

No se conocen estadísticas valederas que den el número actual de personas cuyas alteraciones intestinales y/o manifestaciones clínicas que resulten de los cambios ocasionados por una antigua infección amebiana. Aunque millones de gentes sufren de amibiasis en cualquiera de sus varias formas clínicas, la presencia de una colitis amebiana depende de muchos otros factores además de una simple invasión del parásito a los intestinos. Sería remiso omitir el hecho de que todos los recientes estudios demuestran que la enfermedad está en aumento y que el protozooario ha llegado a ser resistente a la mayor parte de las drogas comunes usadas para combatirlo. (2), (3), (4), (5), (6), (7) (8).

Colitis: Cecil, (9) Feldman, (10) Devine, (11) y otros (12a) (12b) mencionan las posibilidades quirúrgicas de la enfermedad. Bercovitz, (13) Manson-Bahr (14) y Stitt (15) totalmente ignoran la enfermedad. DuBois y VandenBerhe (16) descartan la "Colitis Amebiana" como sin importancia clínica aparente diciendo "en los casos crónicos una infección secundaria sobrepuesta produce coalescencia y cicatrización de las múltiples ulceraciones intestinales con enrosamiento y fibrosis de los tejidos y altera grandemente la

forma intestinal por estenosis, la formación de granuloma y perforaciones pero ESTOS ESTADOS SON RAROS", Mackie y otros (16a) y Perada (16b) prácticamente repiten estas mismas palabras.

Uno no debe olvidar nunca que la mayoría de los casos son ASINTOMATICOS y no presentan signos de una infección amebiana. El diagnóstico de una "Colitis Amebiana" permanece oscuro siendo insospechado por un largo tiempo. Como la enfermedad imita tantas otras lesiones del intestino grueso requiere nuestra mayor habilidad técnica, un diagnóstico intrépido, conocimiento y astucia con un alto grado de "suerte" para alcanzar finalmente el diagnóstico correcto. El número de casos comprobados de Colitis Amebiana reportados hasta la fecha además de los 8 casos que se presentan posiblemente no pueden representar el cuadro exacto de la enfermedad en cuanto a su distribución mundial.

CAMBIOS PATOLOGICOS DEBIDOS A LA COLITIS AMEBIANA CRONICA:

La enfermedad fue colocada por Craig sobre una base clínica firme. La incidencia de la enfermedad, su gravedad, sus consecuencias y peligros atrajeron limitada atención del médico general excepto para aquellos hombres que tenían experiencia en medicina tropical, hasta después de la II Guerra Mundial. Como se descubrieron cada vez más casos con lesiones avanzadas se aumentó el interés por el problema. La descripción original de Craig, de sus manifestaciones clínicas, (siempre y cuando presente) las alteraciones patológicas en el intestino grueso y el resultado final de la asintomática latente no reconocido y/o infecciones no tratadas, sigue siendo clásica. Hoy ha llegado a ser más insidiosa, más oculta y más peligrosa. Sus manifestaciones son tan variables y diversas que el médico o cirujano inexperto fácilmente puede confundirse y conducir a conclusiones erróneas a menos que mantenga la posibilidad en mente. La exposición original puede haber ocurrido 5, 10, 20 o hasta 50 años antes del acceso de la consulta actual. El paciente según toda probabilidad ha olvidado las circunstancias inmediatas de la infección original. Es importante reportar que no es necesario que sea prolongada la residencia en una región endémica para excluir el riesgo de infección.

El médico general o cirujano que ha tenido poco contacto con el problema da una opinión errada si el "se adhiere al libro" en este caso. Las opiniones expresadas de aquellos cirujanos principales que han tenido vasta experiencia con el problema, los crecientes reportes de la literatura y las estadísticas que se van acumulando gradualmente muestran que la enfermedad no es rara, que no es inocua y que es bastante seria e incapacitante. La

colitis amebiana crónica se presenta en dos formas. (1) Una infección aguda tóxica diarréica que por lo general es sintomática y que llega a ser de interés quirúrgico solamente cuando aparece una perforación espontánea de una úlcera. (2) Una forma crónica que es sintomática tarde en su curso. Es variable en sus pródromos oscuros, indefinido en sus evidencias y fácilmente confusa con muchas otras condiciones gastrointestinales. Este es uno de los más insidiosos procesos conocidos que afligen al hombre seguido solamente por enfermedad maligna. El desarrollo es lento, intratable, progresivo durante muchos años y presenta dos entidades patológicas diferentes a través de su acción en el colon.

(1) LAS GRANULOMAS O AMEBOMAS (este término fue usado primero por Ochsner y DeBakey en 1939) varían en tamaño, localidad y extensión. Las alteraciones incapacitantes del tejido intestinal resultan de compresión, extensión, degeneración y ruptura en órganos contiguos. Las granulomas nunca son invasivas en el sentido que lo es una lesión maligna. Estos crecimientos generalmente son silenciosos y asintomáticos; presentando manifestaciones definidas solamente cuando están completamente desarrollados y luego de haber dañado a las estructuras adyacentes. Su silencio es el que los hace un problema tan serio. Quirúrgicamente llegan a ser de interés operatorio cuando pueden confundirse con un neoplasma; de intrusión en los órganos adyacentes o a causa de los cambios avanzados en el mismo intestino.

Los granulomas y/o amebomas producen marcados engrosamiento de la mucosa con ulceraciones profundas y angostas en todas las capas del intestino grueso. Hay una reacción de defensa marcada en las zonas implicadas indicada por una continua invasión leucocitaria; por infiltración de células gigantes; y por alteraciones en los vasos sanguíneos menores con trombosis. Eventualmente persigue el desarrollo de un gran granuloma perturbador. Esta intensa reacción involucra todas las membranas del intestino pero más extensivamente la submucosa y muscularis. Las úlceras necróticas profundas y superficiales coalescen y forman úlceras grandes unidas casualmente por puentes de tejido normal. La infección secundaria que siempre se desarrolla ayuda a la toxicidad y desarrollo de procesos patológicos. Las capas más profundas del colon están socavadas por pasajes laberínticos conectando una úlcera a la otra. La *entameba histolytica* y todas las otras alteraciones patológicas, siempre pueden ser demostradas en casi todos los especímenes histológicos fijados.

La necrosis resulta del efecto combinado de las toxinas líticas, de cambios vasculares asociados con las trombosis del pequeño vaso y circulación inadecuada y de la acción directa de las amibas

mismas. La mucosa está completamente desnudada en las zonas afectadas. Nino y otros (17a), (17b) (17c) reportaron la primer gran serie de estos tumores y su distribución anatómica en el colon. Radke (18) datos acumulados sobre 78 casos reportados y sobre 41 casos sin reportar previamente. La mayoría de estos tumores estaban limitados al colon y ciego. Muchos habrán sido erróneamente diagnosticados o confundidos con neoplasmas. Los reportes de Perada inmediatamente siguen los otros. Nuestros propios casos siguen el mismo modelo.

(2) Otro efecto mayor a largo plazo de la colitis amebiana sin tratar o no descubierto ocurre como serias alteraciones en la configuración del intestino. Constituye el mayor problema controversial en el manejo de estos casos. Muchos de tales pacientes han sido diagnosticados como "neuróticos" o dado una variedad de diagnósticos y tratamientos sin resultado o haciéndolos viajar de doctor en doctor. El resultado final de estas alteraciones del intestino presenta un cuadro clínico y patológico variados dependiendo de la extensión y severidad de los cambios actuales del intestino. La secuela más común a colitis amebiana crónica latente o asintomática no tratada son: absceso perirrectal, fístulas de todos los tipos, hemorroides, contricción infecciosa postanal (rara en ciertas regiones endémicas, más común en otras, adenomatosis, obstrucción intestinal por excesiva producción de tejido cicatricial, absceso retrocólico, absceso pericólico, granulomas amebianos, abscesos anorrectales, pseudomalignas o algunas de las anteriores combinaciones con malignidad, intususcepción, estenosis intestinal, ulceraciones perianales de todos los tipos sin abscesos, pseudopoliposis y fístulas sigmoidovesical y/o fístula intestinointestinal.

La enfermedad es caracterizada por afecciones segmentarias definidas del colon con zonas intermedias de tejido normal. A primera vista estas indican colitis ulcerativa. El cambio principal es debido a la extensa destrucción de grandes regiones de la membrana mucosa intestinal y de la coalescencia de las regiones ulceradas como se mencionó previamente. Una vez desnudadas, no ocurre la regeneración de la membrana mucosa. La infección secundaria de estas zonas desnudadas es inevitable. Una intensa reacción tóxica tiene lugar ahora. El tejido reactivo es reemplazado por tejido cicatricial. Un tiempo más adelante este cicatricial llega a ser más denso y menos elástico. Gran alteración en el patrón mucosal es observado. Al principio estos cambios son leves y mínimos. Si el diagnóstico es equivocado en este estadio el paciente se queja más y más de cambios en el hábito intestinal conforme el tiempo pasa y este llega a ser más resistente a la terapia. La enfermedad muy frecuentemente permanece no descubierta en

estos estadios tempranos que pasa insidiosamente dentro de los estadios tardío, medio y muy avanzados. A excepción del caso temprano los tipos anteriores son casi siempre irreversibles, así los últimos definitivamente. Hay una ulceración continua extensiva y destructiva de los tejidos intestinales sobrepuesta con un colon ya dañado. Ahora no es intermitente con regiones de omisión de tejido normal pero implica todo el intestino. El colon llega a ser grandemente engrosado en todas sus capas. Ninguna otra enfermedad muestra tan grande engrosamiento de la pared intestinal. Produce tal reducción del lumen intestinal que las heces pueden pasar escasamente. El colon es endurecido, inflexible, rígido y pierde todas sus convoluciones. Asume la apariencia como un tubo distendido. Estos casos tarde o temprano presentan síntomas de una obstrucción lenta del intestino grueso. Es notable como muchos pacientes permanecen casi totalmente asintomáticos a pesar de estos cambios avanzados en la configuración y funciones intestinales hasta que la obstrucción casi completa ha ocurrido. Bacon da una excelente descripción de las úlceras típicas y la condición del intestino en la proctosigmoidoscopia.

Hawe (19) ha tenido vasta experiencia en lesiones amebianas del colon y concluye que la colitis amebiana crónica es un primer factor en la producción de "almorranas", fisuras, fístulas y constricciones fibrosas del recto.

En las regiones endémicas es común el conocimiento que las hemorroides frecuentemente complican una diarrea amebiana aguda o crónica o disentería. Estas desaparecen bajo intensa terapia específica. Bacon hace énfasis sobre la importancia de la interferencia quirúrgica de estas condiciones pero advierte "pero la disentería puede ser lejos de evidente y la operación es así mal indicada; estas son catástrofes quirúrgicas potenciales; la interferencia en algunos casos, siendo seguida por una aguda exacerbación de la disentería. Además hay complicaciones locales severas y puede desarrollarse hasta la formación de abscesos hepáticos. Aunque Bacon cree que la colitis amebiana rara vez produce una constricción fibrosa del resto otros han reportado tal ocurrencia e incluso uno de los casos reportados presenta tal cuadro. El resultado final de estos cambios progresivos anatómicos, morfológicos y fisiológicos del colon son serios, permanentemente deformantes, incapacitantes y confinantes. En la sigmoidoscopia el caso antiguo muestra múltiples excrescencias polipoideas de tejido de granulación o una mucosa marcadamente edematosa. Para los mal informados estas alteraciones sugieren un neoplasma. La diferenciación es posible. La asociación de ambos estados es sumamente rara. Landsman (20) encontró solamente 15 de dichos casos comprobados durante un período de 15 años.