

11210

28
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Posgrado
Instituto Nacional de Pediatría
Secretaría de Salud

ESTENOSIS INTESTINAL SECUNDARIA A
COLON TOXICO AMIBIANO

FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Para obtener el Título de
CIRUJANO PEDIATRA
p r e s e n t a

TESIS CON
... ..

DR. MIGUEL ALFREDO VARGAS GOMEZ

Tutor de Tesis:
DR. ALBERTO PEÑA RODRIGUEZ



INP

México, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE.	PAG.
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Material y Método.....	2
Resultados.....	3
Cuadros y Figuras.....	
Discusión.....	4
Referencias Bibliográficas.....	7

RESUMEN.

En un período de 12 años se trataron 10 pacientes con estenosis intestinal secundario a colon tóxico amibiano. En 7 pacientes la estenosis se resolvió mediante su resección, por vía abdominal; en 2 pacientes se realizó rectoplastia por vía sagital posterior y en un paciente mediante dilatación rectal.

No hubo complicaciones postoperatorias en ningún paciente.

INTRODUCCION.

La amibiasis y sus complicaciones continúan siendo un problema de salud pública en México ¹. " El colon tóxico amibiano " -- (CTA), término empleado por varios autores desde 1966 ²⁻⁵ también conocido como colitis amibiana fulminante⁶ o colitis amibiana ulcerativa grave ⁷, es la forma grave de la amibiasis intestinal que se presenta hasta en un 10% de las formas invasivas ⁸. Hasta antes de 1970 la mortalidad era entre el 75 y el 100% ⁷⁻⁹⁻¹⁰.

En el Instituto Nacional de Pediatría la sobrevida de pacientes con C.T.A. es entre 50 y 70% en los últimos años. ¹¹⁻¹² Esto ha dado lugar al desarrollo de estenosis del colon como secuela de esta enfermedad grave. Las publicaciones al respecto son aisladas y escasas, ¹³⁻¹⁴ en contraste con las publicaciones de estenosis secundaria a enterocolitis necrosante cuyo daño tisular local es similar al de la amibiasis ¹⁵⁻¹⁶.

MATERIAL Y METODOS.

Se estudiaron 47 niños con colon tóxico amibiano, que fueron tratados quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Pediatría de enero de 1972 a diciembre de 1984. Se incluyeron en el estudio los pacientes que sobrevivieron al colon tóxico amibiano y desarrollan estenosis en el intestino delgado o grueso secundaria a este padecimiento. En todos se efectuó estudio radiológico con material de contraste tanto por el estoma desfuncionali-

zado, como por el recto, así como rectosigmoidoscopia cada mes posterior a la operación por un período de 3 a 6 meses máximo. Mediante ambos estudios se logró diagnosticar y precisar las zonas de estenosis, el número de ellas, su localización y extensión. Una vez que desapareció el proceso inflamatorio y no se detectaron más zonas de estenosis, éstas se trataron quirúrgicamente por vía abdominal, sacro coxígea (sagital posterior,) e intrumental (dilataciones rectales).

RESULTADOS.

Los 47 pacientes estudiados con C.T.A. recibieron dos formas de tratamiento quirúrgico en la fase inicial: En los que no tenían perforación, sólo se efectuó derivación intestinal (ileostomía) y en los perforados, se practicó resección del intestino tan extensa como fue la lesión y además, ileostomía. Del grupo sin perforación, sobrevivieron 10 pacientes. De los pacientes que tenían una o varias perforaciones en el colon, sobrevivieron 15 (Cuadro 1). De estos 25 pacientes que sobrevivieron, 10 desarrollaron estenosis en diferentes partes del intestino (Cuadro 2); 8 de éstos correspondieron al sexo femenino y la edad promedio de los 10 fue de 4 años.

Número de estenosis por paciente. Cinco pacientes tenían una estenosis con diferente extensión; los otros 5 pacientes tenían dos o tres zonas de estenosis; las zonas afectadas en cada paciente se localizó en diferentes partes del intestino. Los pacientes en quienes no se reseccó intestino en el tratamiento

to inicial del C.T.A., la estenosis se encontró desde el ileon terminal hasta el recto. A diferencia de los operados con resección de parte del intestino, la estenosis se presentó en el segmento de colon y recto que no fue removido. Independientemente del tratamiento quirúrgico en la fase aguda del C.T.A. las partes del intestino más afectadas por la estenosis fueron el colon transversal y el sigmoides (cuadro 3).

El tratamiento quirúrgico fué diferente en cada paciente, tomando en cuenta la localización y extensión de la estenosis (Cuadro 4). Un solo caso se resolvió mediante dilataciones rectales.

En todos los pacientes la derivación (ileostomía) se cerró después de haberse resuelto la estenosis en un lapso de 3 a 6 meses posterior al tratamiento quirúrgico inicial de la fase aguda del C.T.A. Ninguno de los 10 pacientes presentó complicaciones postoperatorias y su crecimiento y desarrollo se encuentran en límites normales.

DISCUSION.

La estenosis del colon, recto o de ambos, como secuela de complicación tardía en el postoperatorio de pacientes que sobreviven a CTA, se ha descrito en la literatura internacional en los últimos años. Wilmot ⁹ menciona que 20 de 33 pacientes adultos con colitis amibiana grave desarrollaron colitis crónica y 11 presentaron estenosis. La única experiencia en niños sobre esta complicación, es la del Dr. Spitz ⁷ quien trató 5 pacientes de CTA, -

quienes sobrevivieron. A uno se le practicó hemicolectomía derecha e ileostomía; a los otros 4, ileostomía exclusivamente; de estos últimos, 3 desarrollaron estenosis tardíamente. Esto equivale a que 3/5 tuvieron esta complicación (60%); comparada con nuestra experiencia (40%) es mayor en un 20%. Dado que ésta es la única referencia bibliográfica con la cual podemos tener parámetros de comparación podemos hacer algunas consideraciones. En el grupo de pacientes en los que se hizo resección del segmento del colon afectado e ileostomía en la fase aguda, el porcentaje de estenosis fue menor (Spitz 0% - INPed 33%). En cambio, en los pacientes no perforados a los que sólo se practicó derivación intestinal (ileostomía), el porcentaje de estenosis fue de 75% y 50% respectivamente.

Estos datos tienen una posible explicación si tomamos en cuenta que en los pacientes en los que se efectuó resección del colon, queda reducida la longitud del colon y por lo consiguiente es menor la posibilidad de que se presente la estenosis. No tenemos argumentos para decir que la patogenicidad es diferente en los pacientes con o sin perforación; sin embargo, es importante señalar que los pacientes que tenían una parte extensa del colon afectada con perforación, a pesar de quitar las 3/4 partes del mismo (colectomía subtotal) como aconteció en 18 pacientes (Cuadro 1) ocho sobrevivieron; de éstos dos desarrollaron estenosis en el corto fragmento de colon remanente. Esto significa que a pesar de una conducta quirúrgica más radical en el proceso agudo, los enfermos no están exentos de presentar esta complicación.

Otra observación importante fue que en tres de los diez pacientes con estenosis, ésta se localizó en el recto, de tal forma que podemos inferir que el proceso inflamatorio es tan severo en el C.T.A. que logra dañar esta zona. De ésto no hemos encontrado informes de casos similares. En nuestro grupo un paciente tenía afectado el ileón terminal, y se sabe que la amibiasis severa afecta hasta en un 10% esta parte del intestino ¹⁹.

Dos de los tres pacientes que presentaron estenosis rectal, - uno tuvo una zona afectada muy larga y el otro fibrosis severa, por lo que las dilataciones no tuvieron éxito. El abordaje que se realizó en estos dos pacientes, fue por vía sagital posterior, resecando la zona de estenosis y efectuando una anastomosis termino-terminal. Ambos casos tuvieron excelente evolución y no - existe alteración en la continencia fecal ²⁰. Este tipo de abordaje ha demostrado su eficacia en malformaciones anorrectales ²¹. Por lo anterior, podemos recomendar que todo paciente que sobreviva a la fase inicial del tratamiento quirúrgico de CTA, independientemente de la conducta que se aplique, sea resección de - colon y derivación o simplemente derivación (ileostomía), debe ser sometido, antes de cerrar la ileostomía, a estudios radioló- gicos y endoscópicos por un período mínimo de 3 meses, con el - objeto de poder diagnosticar y localizar la o las zonas de este- nosis y poder corregir quirúrgicamente esta complicación; de lo contrario, la evolución en un paciente con estenosis del colon - o recto no detectado llevaría consigo el peligro de un fracaso - postoperatorio al cerrar la ileostomía sin corregir la estenosis (Figura 4).



Fig. # 1 Colon por enema en paciente con estenosis en colon ascendente y transverso. En la fase aguda del C.T.A. sólo se practica - ileostomía.



Fig. # 2 Colon por enema en paciente con estenosis de parte de colon descendente y sigmoides. En la fase aguda de C.T.A. se efectuó colectomía subtotal.



Fig. # 3 Colostograma en paciente con tres estenosis en colon transverso, descendente y sigmoides. El tratamiento inicial fue colostomía en el sitio de perforación.

B I B L I O G R A F I A

1. Sepulveda R.: La amibiasis invasora por *Entamoeba histolytica*. Gaceta Med de Méx. 1970; 100: 201.
2. Wruble LD, Duckworth JK, Duke DD, et al.: Toxic dilatation of the colon case of amebiasis. N. Engl J Med 1966; 275: 926.
3. Faegenburg A, Harol CH and Mandel PR.: Toxic megacolon in amoebic colitis. Am J Roentgenos 1967; 99: 74.
4. Wig A, Talwar WB, Bushnurmuth SE.: Toxic dilatation complicating fulminant amoebic colitis. Br. J Surg 1981; 68: 135.
5. Greenstein AJ, Greenstein RJ, Sachar DV.: Toxic dilatation in amoebic colitis; Successful treatment without colectomy. Am J Surg 1980; 139: 456.
6. Stein D, Bank S, Louw JH.: Fulminating amoebic colitis. Surg 1979; 85: 349.
7. León Díaz F, Guzmán R, Casiano R.: Resultados de la ileostomía derivativa en la colitis amibiana ulcerativa grave del niño. Experiencia de 20 casos. Bol Med Hosp Infant Méx 1972; 29: 43.
8. Bautista J.: Estado actual del diagnóstico y el tratamiento de la amibiasis invasora por *Entamoeba histolytica*. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la amibiasis invasora. Arch Inv Med Méx 1978; 9: (Supl 1): 411.
9. Herrera RC, Juárez FA.: Perforación intestinal por amibiasis: Oportunidad quirúrgica. Bol Med Hosp Infant Méx 1961; 18: 55.

10. Prado VA y Martínez CS.:
Amibiiasis en el niño.
Gaceta Med de Méx. 1972; 103: 287.
11. Vargas MA, Peña A.: Toxic amoebic colitis and amoebic colon perforation in children. An improved prognosis
J Pediatr Surgery 1976; 11: 223.
12. Vargas MA, Peña A.: Colon tóxico amibiano con o sin perforación.
Acta Pediátrica de México. 1985; 6: 145.
13. Spitz J.: The surgical management of amoebiasis in children
Br J of Surg 1975; 60: 623.
14. Wilmot AJ.: Clinical amoebiasis.
Oxford. Ed Blackwell 1962.
15. Kosloke AM, Burnstein J, Bartow SA.:
Intestinal obstruction due to colonic stricture following neonatal necrotizing enterocolitis
Am Surg 1980; 192: 202.
16. Krasna H, Becker JM, Schriends KM et al.:
Colonic stenosis following necrotizing enterocolitis of the newborn
J Pediatr Surg 1970; 5: 20.
17. Pokorny WJ, Harr VL, McGill ChW.:
Intestinal stenosis resulting from necrotizing enterocolitis.
Am J Surg 1981; 142: 721.
18. Schwartz J.:
A perspective evaluation of stenosis follow necrotizing enterocolitis.
J Pediatr Surg 1982; 17: 764.
19. Salas MM, Angulo HO, Espinosa SM.:
Patología de la amibiiasis en los niños.
Bol Med Hosp Infant Méx 1958; 15: 185.

20. Vargas MA.:
Abordaje sagital posterior para resolución de estenosis
rectal secundaria a colon tóxico amibiano.
Guanajuato, Méx.: XVI Congreso Nacional de Cirugía
Pediátrica 1983; Memorias.

21. Peña A.:
Surgical treatment of high imperiorate anus.
World J Surg 1985; 9: 236.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO 1

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN PACIENTES CON COLON TOXICO AMIBIANO

TRATAMIENTO INICIAL (FASE AGUDA)	Nº. PACIENTES	SOBREVIDA
* DERIVACION INTESTINAL EXCLUSIVAMENTE.	20	10
** COLECTOMIA SUBTOTAL, ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA DE COLON.	18	8
** HEMICOLECTOMIA DERECHA, ILEOSTOMIA Y FISTULA MUCOSA DE COLON.	4	3
** COLECTOMIA TOTAL E ILEOSTOMIA.	4	3
** COLOSTOMIA EN SITIO DE PERFORACION	1	1
TOTALES	47	25(53%)

* SIN PERFORACION DE COLON.

** CON PERFORACION DE COLON.

CUADRO 2
**CORRELACION DE PACIENTES CON COLON
 TOXICO AMIBIANO Y ESTENOSIS**

	SOBREVIDA C.T.A.	ESTENOSIS DE COLON O RECTO
SIN PERFORACION DE COLON	10	5 (50%)
CON PERFORACION DE COLON	15	5 (33%)
TOTALES	25	10(40%)

CUADRO 3

NUMERO Y LOCALIZACION DE ESTENOSIS INTESTINAL SECUNDARIA A COLON TOXICO AMIBIANO

NUMERO DE PACIENTES	NUMERO DE ESTENOSIS	ZONAS AFECTADAS
1	TRES	TRANSVERSO, DESCENDENTE Y SIGMOIDES (FIG. 3)
4	DOS	* ILEON Y SIGMOIDES * RECTO Y COLON ASCENDENTE RECTO Y ANGULO ESPLENICO. * COLON ASCENDENTE Y TRANSVERSO
3	UNICA (LARGA)	* TRANSVERSO A SIGMOIDES DESCENDENTE A SIGMOIDES (FIG. 2) * ASCENDENTE A TRANSVERSO (FIG. 1)
2	UNICA (CORTA)	* SIGMOIDES RECTO.

* NO PERFORADOS

CUADRO 4

**TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA ESTENOSIS INTESTINAL SECUNDARIA
A COLON TOXICO AMIBIANO**

NUMERO DE PACIENTES	ABORDAJE QUIRURGICO
7	ABDOMINAL CON RESECCION DE ESTENOSIS Y ANASTOMOSIS TERMINO-TERMINAL.
1	SAGITAL POSTERIOR CON RESECCION DE ESTENOSIS RECTAL.
1	ABDOMINAL Y SAGITAL POSTERIOR POR PRESENTAR DOS ZONAS ESTENOSADAS.
1	MANEJO CON DILATACIONES RECTALES, NO REQUIRIO TRATAMIENTO QUIRURGICO.

FIG 4

