



11237

40  
2y.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE  
MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**DESCRIPCION DEL ABSCESO PERIRRECTAL  
EN NIÑOS CON LEUCEMIA AGUDA  
REVISION DE 10 AÑOS EN EL INSTITUTO  
NACIONAL DE PEDIATRIA**

**TESIS CON  
FALLA DE GR. GEN  
TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALIDAD EN PEDIATRIA MEDICA**

**PRESENTAN**

**DRA. ROCIO AIDEE CASTILLO CRUZ.  
DR. GERARDO TIBURCIO LOPEZ PEREZ.**



## **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.

## **Descripción del absceso perirrectal en niños con leucemia aguda, revisión de 10 años en el Instituto Nacional de Pediatría.**

Hasta el momento se han reportado casos aislados de ésta grave complicación en la literatura mundial, refiriéndose en la población con padecimientos oncológicos una prevalencia del 3% (1), correspondiendo a las leucemias agudas una frecuencia que va del 2 al 7.9% (2). En cuanto a la edad pediátrica con este padecimiento su frecuencia es mucho menor fluctuando entre el 0.28% al 1.62% (3-6).

En todos los estudios no se encuentra una diferencia significativa con respecto a los sexos (1-6), esta misma situación se observa entre los dos tipos de leucemia aguda: linfoblástica y no linfoblástica (5), sin embargo, Schimpff menciona una mayor frecuencia de esta patología en las leucemias no linfoblásticas predominando en las monocíticas hasta en un 60% y en las mielomonocíticas en un 11%, en cuanto a la aparición de abscesos perirrectales.

Con respecto al estado hematológico las diferentes series coinciden en que su aparición es más frecuente durante el estado de remisión completa (1-6).

El cuadro clínico se caracteriza por dolor perirrectal, diarrea con sangre fresca y fiebre (2, 3, 8) predominando el primer síntoma. A la exploración se identifican datos de inflamación local que se describen como: áreas firmes, induradas o fluctuantes con fístulas o fisuras con celulitis periférica (8) considerándose como criterios diagnósticos el aumento de volumen y el eritema (5). Se menciona que el absceso perirrectal puede ser una manifestación inicial en pacientes leucémicos no identificados (9). La instalación de los síntomas y signos al momento del diagnóstico varía de 1 a 30 días (2).

Por lo general, en todos los pacientes existe leucopenia severa menor de 500 neutrófilos totales (6-8).

Las complicaciones pueden ser locales o sistémicas, describiéndose en las primeras afectación a las vías urinarias, genitales y gastrointestinales, manifestadas por retenciones urinarias e incluso signos de irritación peritoneal (5-8), en cuanto a las sistémicas, el choque séptico se observa hasta en un 25% siendo la mortalidad del 45 al 78%.

El diagnóstico diferencial de esta entidad, debe hacerse con los siguientes padecimientos: hemorroides, epitelomas, adenomas, cáncer de recto e infiltración leucémica (10).

En la bacteriología reportada esta en primer lugar *E. coli.*, *Pseudomona sp.* y *Estafilococo epidermidis*, sin encontrar gérmenes anaeróbicos implicados, incluso en estudios prospectivos (6-7).

El tratamiento debe incluir antibioticoterapia específica, medidas sintomáticas, quirúrgicas e incluso aplicación de radioterapia local (8-10).

Se considera curación del paciente, cuando hay resolución del dolor, normalización de la temperatura, ausencia de desarrollo bacteriano en los respectivos cultivos y la formación de tejido de granulación (5).

Debido a que en la literatura no se describen las características de este padecimiento exclusivamente en la edad pediátrica, se decidió efectuar una revisión de los casos ocurridos en el Instituto Nacional de Pediatría durante los últimos 10 años.

## Material y métodos.

Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes internados en el Instituto Nacional de Pediatría (I.N.P.) con el diagnóstico de leucemia aguda (L.A.) de 1980 a 1989. El diagnóstico de L.A. se estableció bajo el protocolo correspondiente, diferenciándose de acuerdo al tipo conforme a la clasificación sugerida en 1977 (14) y adoptada para todos los pacientes con L.A. en el INP a partir de 1980. Dentro de éstos, se seleccionaron aquellos que cursaron con "absceso perirrectal" para efectuar un análisis desde los siguientes objetivos:

- 1.- Determinar la frecuencia de absceso perirrectal en niños con L.A., tanto linfoblástica como mieloblástica y su distribución por edad y sexo.
- 2.- Establecer la cuenta leucocitaria al ingreso.
- 3.- Describir el estado hematológico en el momento de la instalación del cuadro de absceso perirrectal.
- 4.- Identificar el tiempo de evolución y cuadro clínico al diagnóstico.
- 5.- Describir el tipo de evolución y complicaciones asociadas.
- 6.- Identificar la bacteriología.
- 7.- Describir el tratamiento.

## Resultados.

Se revisaron en total 2045 expedientes con diagnóstico de L.A., de los cuales solo 7 casos correspondían a absceso perirrectal, que equivale a una frecuencia del 0.34% del total.

Encontramos que el absceso perirrectal predominó en los tipos LALL 1 y LALL2 de las linfoblásticas y en las LAM 1 y LAM3 de las mieloblásticas sin predominio de sexo y la edad más frecuente fué de 6 a 15 años (cuadro 1).

| TIPO L.A. | 0 - 5 |   | 6 - 10 |   | 11 - 15 |   | 16 - 17. |   |
|-----------|-------|---|--------|---|---------|---|----------|---|
|           | M     | F | M      | F | M       | F | M        | F |
| LALL1     |       |   |        |   |         |   | B,D      |   |
| LALL2     |       |   | E      | F |         |   |          |   |
| LAM1      |       | G |        |   |         |   |          |   |
| LAM3      |       |   |        |   | C       | A |          |   |

Cuadro 1. ( Los casos individuales están representados con una letra ).

En cuanto a la cuenta leucocitaria, 4 de 7 pacientes tenían menos de 100 leucocitos totales a su ingreso, y solo uno más de 500 (cuadro 2).

|      |      |                 |
|------|------|-----------------|
| L1   | B    | 700 (501-10000) |
|      | D    | 400             |
| L2   | E    | 400 (101-500)   |
|      | F    | 100             |
| LANL | M3 A | 100             |
|      | M3 C | 101-500         |
|      | M1 G | 100             |

**Cuadro 2.**

Con respecto al estado hematológico, debe resaltarse que 4 de 7 pacientes se encontraban en recaída, todos pertenecientes al grupo de leucemia aguda linfoblástica, uno tanto a sistema nervioso central como a médula ósea y 2 únicamente a médula ósea.

En el caso de los pacientes con leucemia aguda no linfoblástica, 2 pacientes se encontraban en falla terapéutica y solo uno en inducción a la remisión (cuadro 3).

| LAL     |      | LANL          |          |
|---------|------|---------------|----------|
| RECAIDA |      | INDUCCION REM | FALLA TX |
| SNC     | M.O. | C             | A        |
| B       | B    |               |          |
| E       | D    |               | G        |
|         | F    |               |          |

TOT. 2

3

1

2

### Cuadro 3

\* En el caso del paciente representado por la letra B tuvo recaída tanto a SNC (sistema nervioso central) como a MO (médula ósea), por lo que se repite en el total de casos con éste estadio.

El tiempo de evolución antes de efectuarse el diagnóstico fluctuó entre las 49 y 72 hs, con excepción de 2 casos en los que fué de menos de 48 hs.

El cuadro clínico se caracterizó por dolor y datos de inflamación local; 6 de 7 casos presentaron hipertermia, 2 cursaron con evacuaciones con sangre (uno de estos con rectorragia), y en dos más predominó la constipación (cuadro 4).



| CASOS | EVOLUCION | FIEBRE | EVAC<br>c/sangre | DOLOR | INFLA-<br>MACION | OTROS        |
|-------|-----------|--------|------------------|-------|------------------|--------------|
| B     | 72 hs.    | si     | no               | si    | si               |              |
| D     | 72 hs.    | si     | no               | si    | si               | constipación |
| E     | 49-72 hs. | si     | no               | si    | no               | no           |
| F     | 49-72 hs. | si     | no               | si    | si               | no           |
| G     | 24-48 hs. | si     | no               | si    | si               | constipación |
| A     | 49-72 hs. | si     | si               | si    | si               | rectorragia  |
| C     | 24-48 hs. | no     | si               | si    | si               | no           |

Cuadro 4 . Tiempo de evolución y cuadro clínico al diagnóstico.

Se observó mala evolución en 6 de 7 pacientes, presentando complicaciones locales 4 de tipo gastrointestinal y en uno de estos también genitourinaria inicialmente. Los 6 cursaron con datos clínicos de sepsis; 2 murieron, uno de los cuales tuvo complicaciones a todos los niveles (la necropsia fué dispensada en ambos casos).

Solo un paciente no tuvo complicaciones, ingreso por el absceso perirrectal y durante su estancia se le diagnosticó leucemia aguda no linfoblástica de tipo M3, una vez establecida su mejoría egresa por alta voluntaria (cuadro 5).

| EVOLUCION | COMPLICACIONES |                | LOCALES SISTEMICAS |           |        | OTROS      |            |
|-----------|----------------|----------------|--------------------|-----------|--------|------------|------------|
|           | Mala           | Gastrint.      | Urin.              | Genit.    | Sepsis | Muerte     | Necropsia  |
| Buena     | B              | G.E.P.I.       | No                 | No        | Si     | No         |            |
|           | D              | Fístula rectal | IVU                | Balanitis | Si     | Si         | Dispensada |
|           | E              | No             | No                 | No        | Si     | No         |            |
|           | F              | No             | No                 | No        | Si     | Si por BNM | Dispensada |
|           | G              | Ileo           | No                 | No        | Si     | No         |            |
|           | A              | Rectorragia    | No                 | No        | Si     | No         |            |
| C         |                | No             | No                 | No        | No     | No         |            |

Cuadro 5. Evolución y complicaciones asociadas. Abrev.: GEPI gastroenteritis probablemente infecciosa. IVU infección de vías urinarias. BNM bronconeumonía.

Los gérmenes predominantes en cultivos fueron: E.coli en hemo y secreción, Pseudomona sp. en dos hemocultivos. En un caso se encontró en secreción del absceso perirrectal Klebsiella pneumonie y Cándida. En dos pacientes los cultivos fueron negativos (Cuadro 6).

| Tipo de LA | Casos | E. coli. |    | Pseudo- |   | Staff |   | Otros |           |
|------------|-------|----------|----|---------|---|-------|---|-------|-----------|
|            |       | H        | S  | H       | S | H     | S | H     | S         |
| LALL1      | B     | si       |    |         |   |       |   |       |           |
|            | D     |          |    |         |   | si    |   |       | si*       |
| LALL2      | E     |          |    | si      |   |       |   |       |           |
|            | F     |          |    | si      |   |       |   |       |           |
| LAM1       | G     |          |    |         |   |       |   |       | Negativos |
| LAM3       | A     | si       | si |         |   | si    |   |       |           |
|            | C     |          |    |         |   |       |   |       | Negativos |

Cuadro 6. Bacteriología encontrada en hemocultivo (H) y secreción (S) de absceso perirrectal. Nota: El estafilococo aislado fué del tipo aureus coagulasa negativo. \* Klebsiella pn. y Cándida.

Todos los pacientes recibieron tratamiento sintomático y antibiótico predominando dos esquemas: cefalotina-amikacina en 2 casos y trimetropin/sulfametoxazol-amikacina en otros 2 como se observa en el cuadro 7.

En dos paciente hubo necesidad de cambiar esquema orientado bacteriológicamente a dicloxacilina carbenicilina y dicloxacilina, ceftazidime , ketoconazol en el caso G.

El tiempo promedio de tratamiento fué de 14 días, usando en un paciente clindamicina para anaerobios, nunca se realizaron cultivos específicos para éstos.

En ningún caso se administró radioterapia local, ni se realizó debridación quirúrgica (cuadro 7 ).

| ESQUEMAS ANTIBIOTICOS .....                   | CASOS |
|---|-------|
| Cefalotina amikacina .....                    | C y F |
| TMP/SMZ amikacina .....                       | B y E |
| Clindamicina amikacina.....                   | D     |
| Dicloxacilina carbenicilina.....              | A     |
| Dicloxacilina ceftazidime - ketoconazol ..... | G     |

Cuadro 7. abrv.: TMP/SMZ trimetropin/sulfametoxazol.

### CONCLUSIONES:

- 1.- La frecuencia de absceso perirrectal en pediatría de acuerdo a nuestra revisión es de 0.34%, más baja de la reportada en la literatura, tomando en cuenta que nosotros consideramos solo población infantil (1, 3, 6).
- 2.- No se aprecia diferencia entre edad, sexo ni tipo de leucemia aguda en cuanto a la frecuencia de absceso perirrectal, dato que se contrapone a lo reportado en la literatura ,donde predomina en las leucemias no linfoblásticas (LANL).
- 3.- Hematológicamente predomina en el estadio de recaída tanto a sistema nervioso central como a médula ósea en las leucemias agudas linfoblásticas (LAL). En cuanto a las LANL predomina en el estadio

de falla terapéutica difiriendo de lo reportado en la literatura donde es más frecuente en la etapa de remisión completa (1, 6).

- 4.- Coincidimos con otros autores en que la mayoría cursan con neutropenia severa (6, 8).
- 5.- El tiempo medio de evolución del absceso perirrectal es de 48 a 72 hrs., el cuadro clínico se manifiesta generalmente por dolor, fiebre y datos de inflamación local.
- 6.- Todos cursaron con mala evolución predominando las complicaciones sistémicas, con excepción de uno, el cual no tuvo seguimiento posterior.
- 7.- En 4 de los 7 casos se corroboró sepsis por hemocultivo, 2 por *Pseudomona* sp y 2 por *E. coli*.; cabe señalar que en el caso del paciente D, cursó con múltiples complicaciones, con datos clínicos de sepsis y finalmente falleció. Solo se le tomó un hemocultivo al inicio del padecimiento resultando negativo, su mala evolución y deterioro clínico sugieren probable sepsis en donde un hemocultivo en ese momento hubiera sido muy orientador. En ninguno de los casos se tomó cultivo para anaerobios, y en la literatura mundial se desconoce la frecuencia de éstos como causantes de absceso perirrectal y sepsis, lo que podría plantear un punto de partida para un trabajo prospectivo.
- 8.- La terapia antimicrobiana no fué orientada etiológicamente de acuerdo a los cultivos en la mayoría de los casos, solo en aquellos que se evidenció la mala evolución y complicaciones para aplicar esquema antibiótico específico. En el caso G se inicio antibioticoterapia de amplio espectro con cultivos negativos mostrando mejoría. En el caso D se dió cobertura para anaerobios y Gram negativos

con evolución fatal sin llegar a determinar el agente etiológico de la probable sepsis. Finalmente en el caso F se empleo cefalotina-amikacina, esquema convencional para probable sepsis en pacientes hemato-oncológicos falleciendo con sepsis por *Pseudomona* sp. de acuerdo al hemocultivo.

De lo anterior concluimos que el diagnóstico temprano, el tratamiento etiológico orientado por cultivos seriados y la detección de factores de riesgo como la neutropenia y el estado hematológico son determinantes para el pronóstico del paciente.

No se emplearon otras opciones terapéuticas en estos pacientes como la radioterapia local, en la cual no tenemos experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría. Asimismo, se recomienda la debridación quirúrgica al diagnóstico del absceso perirrectal (lo cual no se realizó en ninguno de los pacientes revisados) porque disminuye la bacteremia y mejora la supervivencia (5).

## Bibliografía

- 1.- Schimpff S C, Wiernik P H, Block J B: Rectal Abscesses in Cancer Patients. *Lancet* 1972 ;21:844-847.
- 2.- Birnbaum W. Ahlquis: Rectal Infections and Ulcerations Asociated with Blood Dyscrasias. *Am J Sur* 1955;90:367-371.
- 3.- Blank W: Anorrectal complications in leukemia. *Am J Surg* 1955; 90:738-741.
- 4.- Hunter T B, Bjelland J C: Gastrointestinal complications of leukemia and its treatmen. *Am J Radiology* 1984;142:513-518.

- 5.- Barnes S G, Sattler F R, Balard J O: Perirectal Infections in Acute Leukemia. *Ann Int Med* 1984; 100:515-518.
- 6.- Givler R L: Necrotizing anorectal lesion associate with *Pseudomonas* Infection in Leukemia. *Dis Col and Rect* 1969;12:438- 440.
- 7.- Vanheuverzwyn R, Delannoy A, Michaux J L, Dive C: Anal Lesions in Hematologic Diseases. *Dis Colon Rectum* 1979;23:310-312.
- 8.- Sehdev M K, Dowling M D, Seal S H, Stearns M W: Perianal and Anorectal Complications in Leukemia. *Cancer* 1973;31:149-152.
- 9.- Slater D: Perianal absces. *Br Med J* 1984;289:1682.
- 10.- Prolla J C, Kirsner J B: The Gastrointestinal Lesions and Complications of the Leukemias. *Ann Int Med* 1964;61:1084-1100.
11. Bennet J M, Catovsky M D, Daniel M T: Proposals for the Classification of the Acute Leukemias. *Br J Hematol* 1976;33:461.
12. De Vita V T, Schein P S: The use of drugs in combination for the treatment of cancer rationale and results. *N Engl J Med* 1973; 288:996.
13. Greaves M F, Jannosy G P, Kay H: Immunologically defined subclasses of Acute Lymphoblastic Leukemia in children their relationship to presentation features and prognosis. *Brit J Haemat* 1981;48:179.
14. Chessells J M, Hardisty R M, Rapson N T et al: Acute Lymphoblastic in Children Classification and Prognosis. *Lancet* 1977;2:1307.