

# COLITIS AMIBIANA FULMINANTE EN EL ADULTO

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO  
SAN VICENTE DE PAUL

H. ARISTIZABAL, J. ACEVEDO, M. BOTERO

**Se presenta la experiencia del Departamento de Cirugía del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, con 37 casos de colitis amibiana fulminante en el período comprendido entre enero de 1971 y diciembre de 1980. Se estudian los caracteres clínicos, los métodos diagnósticos y el tratamiento realizados en este grupo de pacientes. Se hace resaltar cómo la modificación en la técnica quirúrgica, utilizando procedimientos radicales, ha permitido obtener supervivencia en una entidad que antes se consideraba esencialmente fatal.**

## INTRODUCCION

Loch descubrió la ameba en 1875 y describió la relación entre el parásito y la colitis amibiana. La primera descripción clínica se hizo en el Hospital John Hopkins de Baltimore, U.S.A., en 1895. Lofleur y posteriormente Wemyon (1921, 1926), des-

cubrieron la manera de penetración del trofozoito en la mucosa intestinal.

Shaudin, en 1903, diferenció la ameba coli de la histolítica. Dobell, en 1922, describió la lesión inicial en el colon. Craig, en 1927, estudió el efecto citolítico in vitro para eritrocitos y células epiteliales. Oschner y De Bakey hicieron la primera recopilación de casos quirúrgicos de amibiasis. Nauss, en 1940, demostró que la virulencia de la ameba era aumentada potencialmente por la presencia de gérmenes y otros agentes.

Córdoba (1959) y Duque (1965) hicieron en nuestro medio consideraciones clínicas y patológicas sobre la perforación amibiana del colon (1-3).

Desde el año de 1971, los investigadores mejicanos vienen dando el nombre de "colitis amibiana fulminante" (4) a los casos de amibiasis invasora del colon, de evolución sobreaguda y en los cuales las lesiones abarcan zonas extensas y aún la totalidad del intestino grueso. Estas lesiones son de tipo ulceronecrotico y pueden

---

Dr. Humberto Aristizábal G., Dr. Jairo Acevedo G., Dr. Mario Botero B.: Profesores, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

Solicitud de separatas al Dr. Aristizábal.

afectar todas las capas del colon, la mayor parte de las veces con perforaciones macroscópicas variables en número y tamaño que ocasionan peritonitis.

Deseosos de conocer la frecuencia de esta entidad en nuestro medio, tener parámetros diagnósticos útiles y realizar el tratamiento quirúrgico más adecuado, hacemos la revisión de esta experiencia en el período comprendido entre enero de 1971 y diciembre de 1980.

En una revisión realizada sobre este tema en nuestro servicio por Lalama M. (5) y que comprendía el período de 1966 a 1970, no se encontró un solo paciente que pudiera sobrevivir a la colitis amibiana fulminante.

### MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 37 historias de pacientes con diagnóstico de amibiasis perforada, la cual corresponde a la denominación de colitis amibiana fulminante de los mejicanos, entre enero de 1971 y diciembre de 1980. Se analizaron edad, sexo, manifestaciones clínicas, tipo de lesión, diferentes modalidades de tratamiento quirúrgico, su pronóstico y su mortalidad.

### RESULTADOS

No se encontró una diferencia importante en la incidencia según el sexo (Tabla 1). El grupo etario donde se apreció el mayor número de casos fue entre 50 y 59,



Macro: Las flechas señalan perforación de colon.

Tabla 1. Incidencia de acuerdo a sexo.

Total de pacientes	37
Sexo masculino	20
Sexo femenino	17

Tabla 2. Incidencia según edad.

Años	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	100
Pacientes	4	2	4	2	11	5	8	1

Tabla 3. Manifestaciones clínicas.

Signos y síntomas	Nº de casos
Dolor abdominal	35
Diarrea con moco y sangre	27
Distensión abdominal	29
Vómito	5
Anorexia	8
Pérdida de peso	9
Pujo y tenesmo	21
Defensa abdominal	30
Signo de Blumberg	35
Masa abdominal	5
Hepatomegalia	2
Dolor en hipocondrio derecho	4

señalándose la presencia de un caso en un paciente mayor de 100 años (Tabla 2).

El motivo de consulta fue predominantemente dolor abdominal en 35 casos (94%); también fue frecuente la diarrea de características mucosanguinolentas (73%). En la Tabla 3 se señalan los signos y síntomas más frecuentes.

Con respecto al tacto rectal encontramos que es característica bastante importante de estos pacientes la presencia de hipotonía o atonía del esfínter anal, lo cual apreciamos en 26 de los 37 casos (70%) (Tabla 4).

Las perforaciones múltiples fueron más frecuentes que la perforación amibiana única (Tabla 5).

Tabla 4. *Tacto rectal.*

	Nº de casos
Hipotonia del esfínter	21
Atonía del esfínter	5
Esfínter normotónico	6
Edema de mucosa rectal	11
Masa	2

Tabla 5. *Tipo de lesión.*

	Nº de casos
Perforación múltiple	23
Perforación única	5
Gangrena del colon	5
Ameboma perforado y gangrenado	1
Pre-perforación	5

Tabla 6. *Tratamiento quirúrgico.*

Tipo de tratamiento	Fallecieron	Sobrevivieron
Colectomía, ileostomía y fístula mucosa	5	6
Exteriorización de colon	5	3
Ileostomía	6	—
Sutura	5	—
Drenajes	4	—
Resección, anastomosis TT	1	2

En cuanto al tratamiento quirúrgico realizado se encontró que los procedimientos radicales, considerándose como tales la colectomía total o parcial con ileostomía y fístula mucosa distal o la colectomía parcial y anastomosis término-terminal, (TT) representan un hallazgo con significancia estadística importante, al aplicarle la prueba de Fisher. No puede atribuirse al azar la recuperación de estos pacientes con tales procedimientos. Contrario a la experiencia de los mejicanos, en este estudio se realizaron dos resecciones de colon con anastomosis TT y éxito en ambos, pero no por estos éxitos vamos a preconizar este tipo de tratamiento quirúrgico en esta entidad (Tabla 6).

Once (32%) pacientes sobrevivieron, hecho sorprendente y que no es explicable

por el azar, sino por la modificación en las técnicas quirúrgicas, al realizar procedimientos más agresivos y administrar un mejor manejo hidroelectrolítico y una antibioticoterapia más adecuada. Fallecieron 26 pacientes.

Se presentaron, dentro de las complicaciones postoperatorias en los pacientes que sobrevivieron, tres casos de estenosis rectal. Fue tan severa que en dos de ellos no se pudo realizar ningún tipo de anastomosis posterior.

## DISCUSION

La amebiasis es la parasitosis de mayor importancia en los países subdesarrollados con hábitos alimenticios pobres y malas condiciones higiénicas, y la causa más frecuente de mortalidad dentro de las infecciones intestinales (6).

En Colombia la infestación promedio se encuentra entre el 40 y el 60% (3, 7, 8); pero es Méjico uno de los países con las formas agresivas de estos parásitos (9).

Según Elson Dew, el índice más seguro para juzgar la gravedad de la amebiasis, serían los abscesos hepáticos (10). En Medellín, en 4.330 autopsias se encontraron 153 casos de amebiasis; de éstos, el 38,1% presentaban absceso hepático y el 33,6% perforación intestinal (2).

La incidencia de perforación del colon por amebiasis es variable. Strong informa



Macro: Amebiasis perforada. La sonda muestra una perforación.

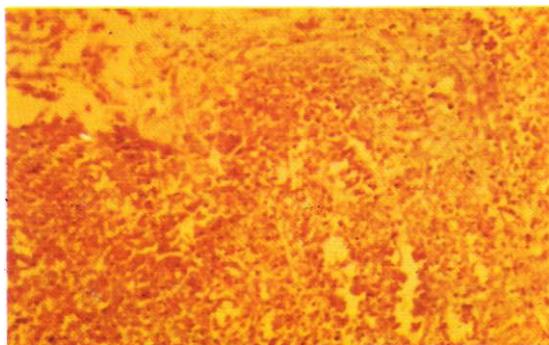
0,3 y Hawae 0,25 (11). En Suráfrica, la perforación se presenta en el 1% (12) y en los hospitales mejicanos en el 0,2% (19).

En el Africa se han hecho estudios comparativos entre grupos sociales y étnicos diferentes, blancos de posición acomodada y nativos de escasos recursos, ambos en el mismo medio, apreciándose que en el segundo grupo la amibiasis se acompaña de una mortalidad del 10% por complicaciones tales como perforación.

Se ha encontrado una mayor tendencia a la complicación en lugares donde el maíz es el principal componente de la alimentación; también en épocas lluviosas y en comunidades sin agua potable, debido a la ingesta de agua de lluvia que transporta mayor cantidad de trofozoitos que quistes (10, 13). La amibiasis es una enfermedad del trópico, particularmente grave en transeúntes no portadores (14, 15).

La amibiasis fatal tiene siempre una iniciación y una evolución agudas. Los pacientes de nuestro estudio presentaron un cuadro agudo caracterizado por dolor abdominal y deposiciones diarreicas con moco y sangre. Se encontró que la mayoría de estos pacientes estaban deshidratados, en estado tóxico y con tendencia al colapso.

El examen físico abdominal es característico. Al contrario de la esperada contractus abdominal, se encontró abdomen distendido pero blando, doloroso, tim-



*Micro: Se aprecian trofozoitos de ameba.*

pánico, con peristaltismo presente en grado variable. Se cree que las malas condiciones hayan abolido la respuesta física normal del peritoneo a la inflamación.

Córdoba (1) señaló la presencia de meteorismo como signo característico de complicación. Observó que se desarrollaba en niños a medida en que se agravaban, comprobándose después que tenían perforación intestinal. Mc Coy (16), descubrió la presencia frecuente de hemorragia gastrointestinal en estos pacientes; nosotros no hemos encontrado esta característica en ningún caso.

La importancia del tacto rectal en el diagnóstico es definitiva. Fue Yopez (17), quien señaló que la hipotonía del esfínter anal es característica del amibiano grave, siendo en ocasiones tan manifiesta que permite mirar el interior de la ampolla con sólo separar las regiones glúteas.

Se debe resaltar la elevada positividad de ciertos signos como la atonía o hipotonía rectal y el edema y afelpamiento de la mucosa, aprovechándose estas características para tomar muestras de la mucosa erosionada para el estudio microscópico. En nuestro estudio se utilizó muy poco este método que es fundamental para el diagnóstico preoperatorio.

La sigmoidoscopia en casos agudos, no graves, revela lesiones activas en el 50% de los pacientes, pero no ha demostrado la utilidad en casos agudos graves (18, 19).

El tipo más frecuente de perforación fue la perforación múltiple. La localización más frecuente fue en ciego, colon ascendente, rectosigmoide y apéndice y transverso, lo que coincide con otras publicaciones (20).

Después de haber obtenido un mejor conocimiento y aplicación del soporte nutricional y antibiótico, además de haber cambiado la técnica quirúrgica en estos

pacientes, hemos podido obtener los primeros casos de supervivencia en entidad tan agresiva y grave, con procedimientos más radicales. En este aspecto nuestros resultados son similares a los de los mejicanos y otros grupos (9, 21-24).

Un hecho importante que se debe resaltar, es la gran tendencia a la fibrosis y estenosis severa del muñón rectal. Creemos que es conveniente hacer dilataciones rectales precoces para evitar esta complicación y poder tener un muñón rectal que acepte anastomosis.

#### SUMMARY

Thirty-seven cases of fulminant amoebic colitis are presented, comprising the experience of the Surgery Department of the San Vicente de Paul University Hospital from January 1971 through December 1980. The clinical features, diagnostic methods, and underwent therapy for this group of patients are discussed. We would like to stress how the modification in the surgical technique, using radical procedures, has allowed us to obtain longer survival rates in an entity previously considered as essentially fatal.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.— CORDOBA R. Perforación intestinal en la infancia. *Anotaciones Pediátricas* 1959; 3; 239.
- 2.— DUQUE O. Amebiasis fatal en Colombia. *Antioquia Médica* 1965; 15: 300.
- 3.— DUQUE J. Estudio de la amebiasis, otras parasitosis intestinales. *Antioquia Médica* 1962; 12: 243.
- 4.— FORRIL J, GUARNER V, LOMBARDO G. Cirugía de la amebiasis invasora. *Archivos de Investigación Médica, Méjico* 1971; 2, (suplemento): 437-444.
- 5.— LALAMA M. Perforación amebiana de colon. Trabajo de residencia. Universidad de Antioquia. Biblioteca Médica 1970.
- 6.— HURTADO M. La dehidroemetina oral en el tratamiento de la amebiasis. *Universitas Médica* 1969; 11: 26.
- 7.— MARTINEZ B. Amebiasis. En: BOTERO D. Manual de parasitología médica. Méjico: La prensa Médica Mejjicana; 1967: 70-74.
- 8.— VELEZ H. Amebiasis. En: BORRERO J y col. Fundamentos de Medicina. Medellín: Gráficas Vallejo; 1969:134-162.
- 9.— SEPULVEDA B. Amebiasis invasora por amiba histolítica. *Gaceta Médica de Méjico* 1970; 100: 201.
- 10.— ELSON DEW R. Endemic Fulminating Dysentery. *Am J Trop Med* 1949; 29: 337.
- 11.— HAWAE C A. Parasitological reviews. *Exp Parasit* 1952; 1: 141.
- 12.— BARKER E. Colonic perforation Amebiasis, *J AF Med J* 1958; 25: 634.
- 13.— MANSON BAHR P. Amebiasis, tropical diseases. London: Cassel Edit; 1961:451-492.
- 14.— RIVES J. The surgical complications of amebiasis of colon. *Surgical Clinics of North America* 1955; 35: 1421.
- 15.— JUNG RC. Amebiasis; Diseases of colon and anorectum. Philadelphia and London: W.B. Saunders Co.; 1959; 794-798.
- 16.— Mc COY G. The clinical diagnosis of Amebic Dysentery. *JAMA* 1936; 107:357.
- 17.— YEPEZ C. La hipotonía del esfínter anal, un signo común en la Amebiasis. *Bolet Clinie Med* 1947; 9: 292.
- 18.— HAWE P. Surgical aspects of intestinal Amebiasis. *Surg Gynecol Obst* 1945; 81:387.
- 19.— RAUL G. Use of sigmoidoscopy in diagnosis and prognosis of amebic dysentery. *J Trop Med Hyg* 1946; 49: 68.
- 20.— KEAN B. Fatal amebiasis, report of 148 fatal cases, U.S. Army. *Ann Int Med* 1956; 44: 381.
- 21.— GODINEZ C. Tratamiento quirúrgico de la colitis amebiana fulminante. *Archivos de Investigación Médica, Méjico*. 1970; 1:237.
- 22.— GUARNER V, BAUTISTA J. Tratamiento quirúrgico de la amebiasis invasora. *Archivos de Investigación Médica, Méjico*. 1970; 3; (suplemento 2): 427-431.
- 23.— EGGLESTON F. Amebic perforation of the boewl experiences with 26 cases. *Brit J Surg* 1978;65: 748-751.
- 24.— CHEN W. Amebic perforation of the colon. *Arch Surg* 1971; 103:676-680.