

SOBRE UN CASO DE LINFOGRANULOMATOSIS VENÉREA

Poi el Dr. Virgilio Banegas M,

Para la sesión de este mes, se me designó que presentara un trabajo quirúrgico a la consideración de Uds. Voy a informarles sobre un caso de Abdomino-Perineal con la Técnica de Bacon, en una paciente que sufría de Linfogranulomatosis Venérea del Recto; dejando para el futuro un trabajo más amplio sobre el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad.

Las operaciones Abdomino-Perineal en nuestro medio son muy poco frecuentes y sobre todo las verificadas con la Técnica de Bacon; pareciera que los Cánceres del Recto son poco frecuentes y que los casos en los cuales se presenta, ya están muy avanzados y la operación por esta causa no se verifica.

Se trata de una paciente de 34 años de edad, casada, de oficios domésticos, nacida en esta ciudad, quien consulta a mi oficina a principios del mes de octubre de 1953, quejándose principalmente de dificultad para la defecación; síntoma que principió hace más de 3 años y que desde hace algún tiempo esta dificultad se asemeja a un estorbo que pareciera un tapón que le impide verificar la necesidad fisiológica mencionada en forma normal; estreñimiento acentuado, tiene que permanecer mucho tiempo en el inodoro, haciendo grandes esfuerzos para defecar; desde un principio ha estado usando enemas, los cuales le ayudan grandemente; las materias fecales son escasas, color amarillo oscuro, la mayor de las veces acompañada de salidas de sangre por el Recto y de forma acinada. En los últimos 3 meses sus síntomas se han acentuado y su estado general va cada día peor. Ha perdido alrededor de unas 40 libras desde el principio de su enfermedad, come muy poco por temor a la crisis dolorosa que le provocan las defecaciones.

La historia pasada se presenta sin ningún dato de importancia y en la revisión de síntomas generales, no se encuentra más que el

mencionado en la historia con excepción de un temperamento nervioso bastante acentuado.

Menarquia a los 15 años, tipo 30 sobre 4, se casó a los 18 años, ha estado embarazada 4 veces, embarazos que han llegado a partos normales, el último hace 4 años. No hay trastornos menstruales ni flujos.

En el examen físico nos encontramos con una persona bastante nerviosa, delgada, con la cabeza, cuello y tórax normal, no hay signos pulmonares ni cardíacos un pulso de 70 por minuto, una temperatura de 37 grados y una presión arterial de 100 sobre 58.

Con los datos recogidos, creímos de que se trataba de una estrechez rectal por Cáncer o por una Linfogranulomatosis.

Propuesta a la señora un examen de Biopsia y anunciándole la probabilidad de verificársele una Colosíomía, se negó a toda intervención quirúrgica y temiendo que la Biopsia fuera una operación de mayor envergadura, no se presentó al Hospital en la fecha y hora indicadas. Perdí de vista la paciente por 2 meses y no fué sino hasta que, en los primeros días del mes de diciembre del año recién pasado se presenta nuevamente a mi oficina, llevando consigo, examen radiológico de Pulmones y de Colón los cuales eran informados como normales además de un informe de Biopsia en los siguientes términos: Diagnóstico Macroscópico: Pequeño fragmento color blanquecino, sin particularidades. Diagnóstico Microscópico: Observamos zonas revestidas de tejido pavimenoso del ano con ligera hipertrofia inflamatoria, con una dermis colagenizada, y en ciertos sitios infiltrados granuloso inespecíficos probablemente proceso inflamatorio de tipo crónico. No hay células atípicas, ni presencia de glándulas en el fragmento examinado. Resumen: Esclerosis consecutiva, probablemente a inflamación de tipo crónico. (í.) J. Adán Cueva.

Exigí a la paciente que ingresara a un Centro Hospitalario ya que la pérdida de tiempo representaba cada día un estado general peor. En el Hospital «Centro Médico Hondureno», se le reconoció clínicamente y no encontramos nada nuevo con excepción de que el timpanismo era un poco más marcado y que había perdido unas libras más de peso, en esta ocasión su peso era de 82 libras.

Se obtiene consulta con el Dr. Ramón Larios Contreras quien fue de opinión por una Colostomía temporal para ser en un segundo tiempo previa preparación la Recto Sigmoidectomía; explicándole a la paciente su estado y la necesidad de la Colostomía ella se negó rotundamente a la operación. Consultado el caso con el Dermatólogo Dr. Hernán Corrales P., nos informa lo siguiente: «Nos parece clínicamente una forma ano rectal infiltrativa sin edema elefantiástico aún de Linfogranulomatosis Venérea- Haremos Reacción de Freí y discutiremos con el Dr. Banegas tratamiento». La He- 1 acción de Freí fue positiva y se concluyó definitivamente en que se trataba de un caso de Linfogranulomatosis del Recto.

Discutido el caso con los colegas mencionados, creímos que se prestaba para una operación Abdomino-Perineal con la Técnica de I Bacon.

Previo tratamiento preoperatorio que la paciente requería se le llevó a la sala de operaciones el día 21 de diciembre de 1953, los exámenes complementarios nos habían indicado en un principio lo siguiente: Eritrocitos 2.690.0G0, Leucocitos 4.700, Hemoglobina 11, Fórmula Leucocitaria con Neutrófilos 36, Linfocitos 59, Mono-citos 1, Eosinófilos 4, Reacción de Kahn negativo, examen de orina y materias fecales negativo, Nitrógeno no proteico y glicemia normales.

En la fecha mencionada se inicia la operación a las 8 de la mañana se termina a las 11 a.m. y durante ese tiempo se le transfundió 1.000 c. de sangre; la paciente sale en un estado precario, pero antes de seguir adelante, permítaseme hacer una descripción de la Intervención Quirúrgica.

Se abre el abdomen a través de una incisión oblicua izquierda a unos 6 centímetros por encima del arco de Poupart, extendiéndose desde un poco más afuera de la espina ilíaca antero superior hasta el nivel de la espina del pubis, se expone el Recto Sigmoide y lo encontramos libre en todas sus paredes con excepción de la anterior, la cual se encuentra bastante adherida a la pared posterior de la Vagina. Principiamos por hacer la incisión bastante amplia de la hoja izquierda del Meso-Sigmoide, llevándola hasta el fondo de saco Rectouterino y continuándola hacia arriba por la hoja derecha del mismo Meso; entre más amplia es esta incisión, mayor movilidad se obtienen del Sigmoide y parte terminal del Colon descendente. A través de la disección se expone el Uréter izquierdo y los vasos ilíacos con el objeto de no lesionarlos. Igualmente se disecciona la mesentérica inferior y sus ramas y arcadas comunicantes. Se determinó perfectamente bien la hemorroidal superior, se ligó con hilo de algodón y tuvimos el cuidado de no hacerlo por encima de la rama Sigmoidea para evitar la neocrosis del extremo terminal del Sigmoide. Entonces nos fue fácil determinar por el latido de las arterias hasta que nivel el Sigmoide está irrigado y en ese lugar se coloca un punto de seda negra que nos indicará en el tiempo peri-neal hasta donde debemos cortar el Recio Sigmoide. Continuamos disecando con los dedos el espacio celular post-rectal lo mismo que a los lados del Sigmoide, haciéndolo lo más profundamente posible, con el objeto de que el tiempo perineal sea más sencillo. La disección de la pared anterior se hizo bastante laboriosa por la adherencia de la pared posterior de la Vagina y tuvimos que hacerla por medio de la tijera. Pusimos de relieve los ligamentos laterales del Recto los cuales cortamos previa ligadura y llegamos hasta la cara superior del músculo elevador del ano. Llevamos el Sigmoide a ocupar la cavidad de la pelvis menor y suturamos por encima las hojas perifonéales del Meso Sigmoide. Cerramos la pared abdominal por planos.

A continuación verificamos el tiempo perineal, colocando a la paciente en posición de Liotomía, dilatamos el esfínter anal por medio de ambos índices y hacemos una incisión circular a nivel del límite de la mucosa con la piel, continuamos la disección de la mucosa ano rectal, descubriendo los esfínteres y al haber salvado estos elementos se sigue la disección hacia arriba, cerrando el oríi-

ció anal por medio de una pinza, la que nos sirve de tracción para ayudarnos a la liberación del recto. Nos encontramos con los elevadores del ano, los cuales se pínzan, se cortan y se ligan; se tira el recto hacia afuera de la cavidad y entonces nos encontramos con el punto de seda que hemos colocado, durante el tiempo abdominal, en el límite de la irrigación sanguínea, se corta el recto Sigmoide a ese nivel, reparamos el suelo perineal y se colocan algunos puntos que fijan el Sigmoide a los esfínteres del ano; colocamos drenos a la pelvis menor, sondas en la abertura del Sigmoide y ala Vejiga.

Durante este segundo tiempo, la paciente entra en shock y nuestra disección fue hecha con rapidez, por lo cual creemos que fue la causa de lesionar el esfínter interno del ano, como comprobamos la incontinencia de materias en el post-operatorio, durante el cual tuvimos como complicaciones la dilatación del estómago e ileo paralítico, el cual resolvimos con succión continua y Prostigmina inyectada intramuscularmente una ampolla cada 6 horas. A pesar de haber sido el post-operatorio un tanto dramático la paciente sale recuperada del Hospital a los 10 días presentando incontinencia de materias fecales, comprobando la presencia y la acción del esfínter externo, por lo que le indicamos ejercicios diarios de contracción, lo que nos da por resultado que 4 meses después la paciente tiene alrededor de 3 asientos diarios, lo que le hace llevar una vida social más o menos perfecta, durante esos meses ha aumentado 30 libras de peso.

A pesar de las incontinencias que presentó la paciente en un principio, ya que ha sido controlado en parte por el buen manejo que se hizo del esfínter externo del ano, nos encontramos satisfechos si consideramos que Bacon en su primera serie de 5 casos, 3 murieron a consecuencia de Peritonitis, por trastornos circulatorios y los otros 2 quedaron incontinentes. Ultimamente Bacon ha indicado con una Técnica más depurada y en una serie bastante grande que ha obtenido solamente un 5% de incontinencias.

Creemos que la Técnica por él descrita no es conveniente para el tratamiento del Cáncer del Recto pero sí, es una bella intervención para tratar las estrecheces del Recto causadas por Linfogranuloma, Endometrioma o Diverticulosis de la región; como se comprenderá el hecho de no dejar una Colostomía Abdominal es un dato muy importante para el paciente, ya que le evita lo desagradable de la Colostomía.

Las complicaciones son las mismas que se presentan en los otros tipos de Abdomino-Perineales, agregando a la de Bacon la necrosis del Sigmoide terminal debido a errores cometidos durante las ligaduras de la arteria hemorroidal superior-.

Para terminar copio el informe Anatomía Patológica de la pieza operatoria:

DIAGNOSTICO MACROSCÓPICO: Pieza de unos 30 cm. de largo, envuelta en tejido fibro-adiposo, que incindida en su parte

media se presenta dura y con una luz rectal muy disminuida y rodeada, por un tejido fibroso de características inflamatorias, dicho tejido tiene un rodete de unos 2 cm. de anchura.

DIAGNOSTICO MICROSCÓPICO: El corte hecho hacia la parte media de la pieza, pone de manifiesto en primer lugar una metaplasia de tipo pavimenioso, las glándulas han desaparecido por completo, hacia el corión nos encontramos con intensa reacción hipertrófica fibromuscular y entre los haces infiltrados linfo-plasmocitarios (crónico). Le caracteriza la presencia de islotes epiteliales con reacción giganto-celular de tipo macrofágico.

RESUMEN: Línfogramuloma venéreo del recto, (f.) J. Adán Cueva.