

Manifestaciones de la esquistosomiasis de Manson en el intestino grueso¹

Por F. HERNÁNDEZ MORALES

Del Departamento de Medicina Clínica de la
Escuela de Medicina Tropical
en San Juan, Puerto Rico

LESIONES ESQUISTOSOMIÁSICAS EN EL INTESTINO GRUESO

LA ESQUISTOSOMIASIS de Manson se manifiesta primeramente en el intestino grueso y produce ciertas lesiones cuya gravedad puede fluctuar entre una simple colitis o una estenosis, en ocasiones peligrosa para la vida del enfermo. La intensidad de estas lesiones depende de varios factores, entre ellos, el grado de parasitización, su duración y el tiempo transcurrido antes de que se haya instituido el tratamiento.

Puerto Rico es un sitio muy apropiado para el estudio de la esquistosomiasis mansónica, siendo éste el único tipo de dicha enfermedad que existe en la isla. Contrariamente a lo que ocurre en el Egipto, las lesiones intestinales que se observan en los enfermos puertorriqueños, son generalmente leves o no existen en absoluto. Diríase que aquí las reinfestaciones no ocurren con tanta frecuencia y que el organismo humano puede vencer con mayor éxito el microorganismo invasor, o que intervienen otros factores desconocidos, cuya presencia o ausencia influye sobre la mayor o menor gravedad de la enfermedad. Los mismos libros de texto de medicina tropical² describen sin embargo, grandes lesiones en el intestino grueso, numerosas masas de pólipos fungosos localizados generalmente en el recto, fácilmente diagnosticados por el tacto digital o proyectados fuera del orificio anal, con un simple engrosamiento de las membranas mucosas, tumoraciones en torno al colon y pólipos en el ciego.

Según nuestra experiencia, en Puerto Rico la lesión más frecuentemente observada es una induración de aspecto acordonado, localizada en el sigmoides, y algunos puntos hemorrágicos en distintos sitios del intestino. Obsérvanse frecuentemente alteraciones infla-

1. Recibido en Redacción el 23 de mayo de 1944.

2. P. H. Manson Bahr, *Manson's Tropical Diseases*, 11th ed. (Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1940); *Dysenteric Disorders* (Baltimore: The Williams and Wilkins Company, 1940).

R. P. Strong, *Stitt's Diagnosis, Prevention and Treatment of Tropical Diseases*, 6th ed. (Philadelphia: The Blakiston Company, 1942).

Sir L. Rogers y Sir J. W. D. Megaw, *Tropical Medicine*, 4th ed. (London: J. A. Churchill, Ltd., 1942).

matorias de leve intensidad durante el período diarreico agudo, pero muy rara vez pólipos rectales, y en estos casos, sólo un pólipo, de pequeño tamaño, sesil, de color rosado o azulado, situado a unos 6 cm. de distancia del orificio anal. Por otra parte, la induración acordonada de la S íliaca que hemos mencionado antes, suele observarse con bastante frecuencia y podemos considerarla como un signo patognomónico de la esquistosomiasis mansónica. En ciertos casos, hemos podido observar una extensa infiltración periférica del colon. Para ilustrar esto que decimos, véase el siguiente caso clínico.

CASO 1. M.C.-H.U. No. 942. Se trata de un joven de raza blanca, de 19 años de edad, que padece de tenesmo intestinal, deposiciones mucosanguinolentas y distensión abdominal después de las comidas, que acude al consultorio del Hospital de la Universidad en el mes de enero de 1932. Sus antecedentes patológicos datan desde la niñez, en que padeció ataques de diarrea sanguinolenta acompañada de tenesmo, cuya sintomatología ha persistido casi continuamente durante el año anterior a la primer visita al consultorio. El examen físico demuestra la existencia de una esplenomegalia intensa y cirrosis hepática. En mayo de 1936 pudo notarse una masa inmóvil, dura y dolorosa, que llenaba la cavidad pélvica. El 31 de julio de 1936, el enfermo sufría de dolores agudos en el bajo vientre, con contracciones peristálticas visibles en la porción superior del abdomen. Ese mismo día tuvo deposiciones intestinales sanguinolentas. El 1ro. de agosto del mismo año, al practicarle una laparotomía exploratoria, el enfermo falleció repentinamente en la mesa de operaciones. Podía palpase entonces una gran masa tumoral que llenaba completamente el sacro. En la autopsia, realizada a las cinco horas y media después de fallecer, se observó que el intestino grueso estaba parcialmente obstruído por formaciones fibrosas de tejidos retroperitoneales, de origen esquistosomiásico.

Comentario. La intensa esplenomegalia con la cirrosis moderada del hígado, la obstrucción parcial del intestino y la intensa fibrosis y edema de los tejidos retroperitoneales se debieron indudablemente a las lesiones esquistosomiásicas.

Sin embargo, en muchos casos se observan, con el simple examen rectoscópico, puntos hemorrágicos y en ocasiones verdaderas equimosis. La patogénesis de estas lesiones no está claramente explicada, pero parecen sobrevenir únicamente durante el período activo de deposición ovular y pueden, por consiguiente, ser consideradas como signos patognomónicos de la enfermedad en este período activo.

Alguna vez obsérvase también una infiltración de las paredes del intestino grueso. En otro caso, esta infiltración era tan extensa y

las alteraciones circulatorias tan profundas que el cirujano se vió obligado a resectar un segmento intestinal. He aquí una breve descripción de este caso.

CASO 2. J.S.C.-H.U. No. A-41. Mujer blanca, de 39 años, ingresada en el Hospital de la Universidad el 22 de junio de 1936 con dolor intenso en el bajo vientre. Diez días antes de su ingreso había sufrido un dolor cólico intenso en la línea media del epigastrio. Al día siguiente el dolor abdominal era más intenso, pero localizado en torno a la región umbilical, sin que de ahí en adelante variase de localización. Siete días antes de su ingreso la enferma tuvo vómitos, no pudiendo ingerir ninguna clase de alimentos. No había antecedentes de hematemesis, melena, ictericia ni diarrea, pero cuenta la enferma que ha venido padeciendo de estreñimiento durante varios años.

El aspecto físico de la enferma es el de una mujer normal, desarrollada, pero desnutrida. La exploración abdominal demuestra la existencia de una elevación moderada en la región inferior del abdomen y no se observan ondulaciones peristálticas, pero las paredes abdominales están muy blandas. No hay masas palpables. La radiografía abdominal indica la existencia de líquidos a distintos niveles en el intestino grueso.

El 23 de junio de 1936 se le practicó una laparotomía exploratoria bajo anestesia espinal con pontocaína, encontrándose que el colon transversal presentaba signos hemorrágicos evidentes, estaba casi gangrenado y con sus paredes algo engrosadas. Se hizo la resección del fragmento del colon transversal, suturando por anastomosis lateral. El segmento cortado se envió para examen al Departamento de Anatomía Patológica de la Escuela, del cual procede el siguiente dictamen.

EXAMEN MACROSCÓPICO. La muestra patológica consiste de dos porciones. Una es un segmento del colon, de 41.5 cm. de longitud. La submucosa está muy edematosa, lo que ha dado lugar a una inflamación intensa de sus pliegues. Existen, repartidos regularmente sobre la mucosa, nódulos duros y prominentes que miden 1.5 a 2 cm. de diámetro. La mayor parte de la mucosa es brillante, pero en ciertos parajes está cubierta por una capa de exudado, especialmente sobre las áreas nodulares que hemos mencionado, cuya superficie es de color parduzco o verdoso. La serosa presenta en ciertos sitios un aspecto granular debido a la existencia de pequeños nódulos de color rosa o gris pálido, cuyo diámetro no pasa de 0.2 cm. En ciertos parajes del peritoneo existe una capa fibrinosa. Los apéndices epiploicos contenían abundante tejido graso. La mucosa que cubre la mayoría de las elevaciones nodulares, aparece engrosada y muy hemorrágica; pero no se podría asegurar si existe o no tejido tumoral porque la autólisis está muy

avanzada. La segunda porción de la muestra patológica es una parte del omento, que mide aproximadamente 33 x 13 cm. y presenta numerosos espacios hemorrágicos.

EXAMEN MICROSCÓPICO. Los cortes practicados en los tejidos intestinales demuestran la existencia de algunas áreas bastante extensas de tejidos infartados y necróticos en estado de inflamación aguda, cuyas lesiones aparecen distribuidas irregularmente, envolviendo con frecuencia todo el espesor de la pared intestinal y hemorrágica. En otros sitios la mucosa queda comprendida dentro del proceso necrótico. En las áreas menos invadidas la mucosa está edematosa, a veces algo hemorrágica. Un intenso edema invade la submucosa, que está engrosada y en la que se observan algunos seudotubérculos en torno a huevos de esquistosoma. La membrana serosa está edematosa en algunos puntos e infiltrada levemente de células redondas; en otros sitios existen lesiones periféricas de aspecto casi granulomatoso. Por debajo de las áreas infartadas se ven a menudo vasos sanguíneos trombosados y notablemente infiltrados con polimorfonucleados. Hay una gran cantidad de exudado fibrinopurulento que invade la subserosa.

El riego sanguíneo de esta porción intestinal ha sufrido una obstrucción, probablemente como resultado de la trombosis, la cual puede haber sido producida por la parasitización esquistosomiásica; pero dados los hallazgos post mortem no podemos excluir otras causas posibles de la lesión.

DIAGNÓSTICO. Infartación hemorrágica del intestino grueso con pericolicitis aguda; esquistosomiasis mansónica.

La convalecencia de esta enferma tras la intervención quirúrgica transcurrió bastante bien y sólo se produjo una fístula fecal.

Comentario. Este caso es un ejemplo bien elocuente de las lesiones que puede producir la esquistosomiasis de Manson en el intestino grueso. La enferma no presentaba la menor sintomatología de una cardiopatía que pudiese explicar el infarto intestinal; por consiguiente, tenemos que suponer que la esquistosomiasis de Manson, si no es la causa directa, es el factor más importante que contribuye a la formación de las lesiones que presentaba la enferma.

En ocasiones, enfermos que padecen tumores malignos del intestino grueso, pueden presentar una intensa parasitización esquistosomiásica. No sabemos el papel que la esquistosomiasis puede desempeñar en el desarrollo de estas neoformaciones malignas, si es que desempeña alguno. El tema, pues, queda abierto a discusión; pero parece posible que, si los pólipos intestinales son producidos por la esquistosomiasis de Manson, esta invasión parasitaria puede muy bien alterar la estructura de la mucosa intestinal, y que constituya con frecuencia el origen de nuevas formaciones. Aunque no tenemos pruebas para sostener esta hipótesis, el caso que presenta-

mos a continuación sirve para ilustrar la ocurrencia de una neoformación maligna del sigmoides en un joven esquistosomiásico.

CASO 3. J.A.T.-No. A-8. Joven de 27 años de edad, de raza blanca, ingresa en el Hospital de la Universidad el 25 de mayo de 1940 con una sintomatología que parece indicar la existencia de obstrucción intestinal de la porción inferior de la S íliaca. La exploración física no revela nada anormal, excepto una masa sospechosa en el cuadrante abdominal inferior izquierdo. En las deyecciones intestinales hay huevos de *Schistosoma mansoni*. El examen radioscópico del intestino grueso demuestra la dificultad al paso de las heces fecales en el ángulo que forma la S íliaca y el recto. Al verificar una laparotomía exploratoria aparece una masa tumoral en el colon descendente que es resectada con éxito. El examen anatomopatológico del tumor demuestra que se trata de un adenocarcinoma coloide del colon. El enfermo tiene una convalecencia normal y goza aún de buena salud. Se le trató la esquistosomiasis con fuadina.

ESTUDIOS RECTOSIGMOIDOSCÓPICOS EN LA ESQUISTOSOMIASIS

Las lesiones que en la esquistosomiasis de Manson pueden producirse en la mucosa intestinal del recto, dependen también de la intensidad del parasitismo, de la frecuencia de la reinfestación, del tiempo transcurrido antes de que se haya instituido el tratamiento y de la capacidad del enfermo para reaccionar contra el parásito. En Egipto, donde la parasitización suele ser masiva y las reinfestaciones frecuentes, las lesiones en el recto son de gran intensidad y se las describe como grandes neoformaciones adenomatosas y papilomatosas proyectadas a través del ano y fácilmente palpables con la exploración digital, y también, como una lesión fibrosa en torno al colon acompañada de una proctitis ulcerativa difusa.³ Según Bensaude,⁴ el aspecto endoscópico de las lesiones de la esquistosomiasis rectal es muy variable, fluctuando desde una leve proctitis hasta formaciones polipoides, y desde las ulceraciones de los pólipos hasta tumores de gran volumen. Asegura este autor que las lesiones de esquistosomiasis de Manson pueden ser confundidas con otras, y que las lesiones que se dan en la región rectosigmoidea, donde pueden aparecer simples inflamaciones de las hemorroides, a más de neoformaciones sarcomatosas o carcinomatosas. Dice este autor haber observado en algún caso erosiones finísimas cubiertas de sangre pura, en que las deyecciones intestinales del enfermo contenían no

3. P. H. Manson Bahr, *op. cit.*

4. R. Bensaude, *Traité d'Endoscopie*, 2d ed. (Paris: Masson et Cie., 1926).

solamente huevos de *S. mansoni* sino también *E. histolytica*, *N. americanus*, huevos de *G. lamblia* y larvas de *E. stercularis*. Señala la gran dificultad de determinar si las lesiones observadas pueden ser atribuidas solamente al *S. mansoni*.

Según Biggam y Arafa,⁵ "la alteración que más pronto puede percibirse a simple vista es una hiperemia y enrojecimiento de la mucosa en pequeñas áreas circunscritas de la pared intestinal. Entre estas áreas hiperémicas, la superficie de la mucosa aparece sembrada de puntos redondos de color rojo oscuro que acusan la presencia en ellos de huevos esquistosómicos. Son unas pequeñas manchas rojas muy características, que sirven para el diagnóstico temprano de la afección bilhárzica." Afirman estos autores que rara vez han observado un caso de esquistosomiasis mansónica en que aparezcan pequeñas úlceras socavadas en el intestino. Los papilomas obsérvanse alguna vez, en número y tamaño variables, algunos sesiles y otros pedunculados.

En Venezuela, Valencia Parparsén⁶ practicó el examen rectosigmoidoscópico de sesenta enfermos con esquistosomiasis mansónica y las lesiones encontradas fueron: edema de la mucosa en quince, puntos hemorrágicos en once, hipervascularidad de la mucosa en nueve, fragilidad de la mucosa en catorce y solamente un caso con un pólipo.

Jaffé,⁷ también en Venezuela, asegura que las ulceraciones de la mucosa rectal son muy escasas entre el material de autopsia que ha podido examinar, y que las lesiones más frecuentes fueron: edema, hiperemia y pequeñas hemorragias. Los pseudopólipos son muy raros. Sin embargo, Koppisch,⁸ en Puerto Rico, ha podido observar lesiones de colitis en seis casos y papilomas rectales en uno. Las úlceras no abundan, y, cuando existen, están generalmente localizadas en la porción distal del recto, a unas 6 u 8 pulgadas de distancia del ano.

En una comunicación nuestra⁹ hemos descrito las lesiones observadas en nueve casos de esquistosomiasis mansónica. Durante el

5. A. G. Biggam y M. A. Arafa, The sigmoidoscope as an aide in the diagnosis of dysenteric conditions in Egypt. Tr.Roy.Soc.Trop.Med.& Hyg., 24:187-200, 1930.

6. J. Valencia Parparsén, La estadística en la clínica de schistosomiasis mansoni digestiva. Rev.Policlín.Caracas, 9:3447-3466, 1940.

7. R. Jaffé, Sobre la patogenia de las lesiones anatomo-patológicas bilharzianas. Rev. Policlín.Caracas, 9:3321-3345, 1940.

8. E. Koppisch, Studies on schistosomiasis mansoni in Puerto Rico. VI. Morbid anatomy of the disease as found in Puerto Ricans. Puerto Rico J.Pub.Health & Trop.Med., 16:395-45 1941.

9. F. Hernández Morales, Gastroscopic and rectosigmoidoscopic observations in schistosomiasis mansoni. Puerto Rico J.Pub.Health & Trop.Med., 18:113-116, 1942.

pasado año hemos practicado 255 exámenes rectosigmoidoscópicos a enfermos esquistosomiásicos, 200 de los cuales eran varones. Treinticinco presentaban agrandamiento del hígado y del bazo o de ambas vísceras al mismo tiempo; hipertrofia del hígado solamente, en 20 casos, y, del bazo, en 9. Así pues, en 64 enfermos, el hígado o el bazo, o ambas vísceras al mismo tiempo, presentaban un volumen anormal. Estas exploraciones fueron ejecutadas antes de iniciar el tratamiento.

En 50 por ciento, aproximadamente, de los casos la mucosa aparece hipervascularizada, moteada irregularmente de numerosos puntos hemorrágicos del tamaño de una cabeza de alfiler, bastante numerosos hacia el extremo inferior del recto. También eran más numerosos en los enfermos cuyas deyecciones intestinales contenían mayor número de huevecillos. Por consiguiente, al observar el punteado hemorrágico podía considerársele como signo patognómico de la esquistosomiasis mansónica en período agudo. Signo que desaparecía completamente cuando se instituía el tratamiento con fuadina; lo cual pudo comprobarse en todos los casos examinados después de administrado dicho tratamiento. En la mayoría de los casos la fragilidad de la mucosa era de tal naturaleza que se laceraba fácilmente; en algunos podían producirse con facilidad grandes laceraciones traumáticas que daban lugar a puntos hemorrágicos. Solamente en cinco casos, en los que no dió resultado la fuadina, pudimos observar vegetaciones papilomatosas formadas por pequeños papilomas sesiles de color sonrosado o azulado. En este último grupo de enfermos no se observaron ulceraciones ni fisuras de ano.

Estos enfermos con hipertrofia hepática o esplénica, o con ambas vísceras hipertróficas, presentaban muy pocas alteraciones intestinales, y los puntos hemorrágicos que hemos mencionado antes, no se observaron con tanta frecuencia como en los otros casos, lo cual indudablemente se debe a que estos enfermos con hipertrofia eliminan en sus heces fecales menor número de huevecillos.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Describimos aquí algunas lesiones producidas por la esquistosomiasis de Manson en el intestino grueso, observadas por nosotros e ilustradas con algunos casos típicos de la enfermedad. Según nuestra experiencia, las lesiones son generalmente leves.

Los 255 enfermos a quienes se les practicó el examen rectosigmoidoscópico, 50 por ciento presentaban pequeños puntos hemorrágicos diseminados por toda la superficie de la mucosa rectal, pero estas lesiones no eran muy abundantes en el extremo inferior del

recto. Solamente en cinco casos observáronse excrecencias papilomatosas. La mucosa rectal era frecuentemente muy frágil. Pero estas alteraciones eran muy escasas en los enfermos que presentaban hipertrofia del hígado o bazo, o de ambas vísceras.

Estas observaciones que hemos descrito parecen estar en contraste con las descritas en Egipto donde es bastante abundante la poliposis rectal en la bilharzia. Empero están de acuerdo con las observaciones de Valencia Parparcén y Jaffé en Venezuela. Por eso hemos de suponer que en estos países debe haber algún otro factor poco corriente en la esquistosomiasis de los países orientales. Al parecer de Ruiz Rodríguez,¹⁰ la frecuencia de la poliposis rectal en Egipto puede ser debida a la concomitancia de la esquistosomiasis mansónica con la hematóbica, en la cual, como se sabe, pueden producirse también lesiones rectales.

R. L. trad.

10. J. M. Ruiz Rodríguez, La schistosomiasis mansoni in Venezuela. Rev. san. y asist. social, 8:169-380, 1943.