

Perforación intestinal secundaria a amebiasis

Víctor Leonel Argueta Sandoval,* Irene Rivera Salgado,** Alicia Rodríguez Velasco***

El ejercicio clínico-patológico tiene dos propósitos: compartir casos que por sus aspectos clínicos y anatomo-patológicos sean de interés por el grado de dificultad diagnóstica y utilizarlos para formar un acervo. En la primera parte, después de la presentación clínica y anatomo-patológica del caso, se plantean una serie de enunciados que deberán responderse con dos opciones: V, verdadero, o F, falso.

El Consejo Mexicano de Médicos Anatomopatólogos A.C. otorgará 2 créditos anuales a todos los patólogos certificados que contesten, correctamente, las preguntas que se incluyen en estos ejercicios diagnósticos. Para ello deberán enviar sus respuestas al correo electrónico vamp_48@yahoo.com antes del 29 de junio y 28 de septiembre de 2012 y 31 de marzo de 2013.

EJERCICIO

Hombre de 74 años, joyero, originario y residente de la ciudad de Guatemala. Presenta cuadro clínico de 5 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal difuso, precedido de cuadro disenteriforme. Este cuadro se intensificó hasta impedirle la deambulación. En la exploración física se encontró cuadro abdominal agudo con signo de rebote positivo, masa abdominal de aproximadamente

10 cm en la fosa ilíaca derecha. En la radiografía simple de abdomen se encontraron aire y líquido libres en cavidad abdominal; en la biometría hemática sólo hubo leucocitosis. Con diagnóstico de apendicitis aguda perforada, se realizó laparotomía exploradora y se encontró peritonitis y zonas de perforación en colon, por lo que se hizo hemicolectomía. Se recibieron en patología segmentos de 4 (ileon), 36 y 80 cm de colon. La serosa estaba cubierta por material fibrinopurulento; pared con tres perforaciones, engrosada por edema; mucosa con múltiples úlceras de boca angosta y base ancha (botón de camisa), edema, zonas de estenosis y zonas de apariencia casi normal. Las imágenes muestran las características macroscópicas e histológicas de la lesión y las estructuras encontradas con la tinción de PAS (Figura 1).

Con base en los datos y clínicos y la imagen macroscópica, ¿las entidades a considerar son?

¿El diagnóstico anatomo-patológico más probables es?

_____ Es una enfermedad con prevalencia mundial similar.

_____ Una complicación frecuente es el absceso hepático.

_____ Sólo hay un subtipo del agente patógeno que se muestra.

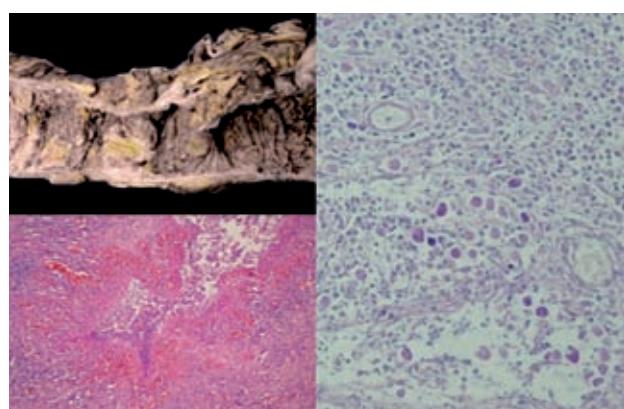


Figura 1. Aspectos macroscópico y microscópico del colon. Note la pared engrosada por edema y las úlceras de fondo amarillo.

* Departamento de Patología iDr. Carlos Martínez Durán, Hospital General iSan Juan de Dios, ciudad de Guatemala, Guatemala. arguetasandoval@yahoo.com

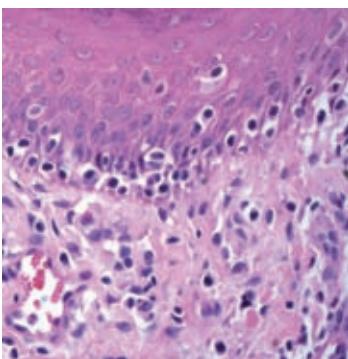
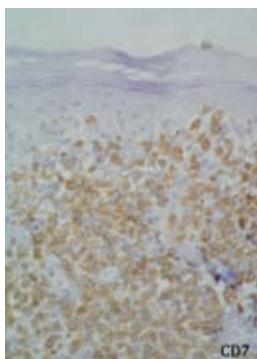
** Anatomopatóloga, Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos

*** Anatomopatóloga, Hospital de Pediatría, Centro Médico Nacional Siglo XXI. IMSS

Correspondencia: Dr. Víctor Manuel Argueta Sandoval. Departamento de Patología iDr. Carlos Martínez Durán, Hospital General iSan Juan de Dios, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Correo electrónico: arguetasandoval@yahoo.com

Este artículo debe citarse como: Argueta Sandoval VL, Rivera Salgado I, Rodríguez Velasco A. Perforación intestinal secundaria a amebiasis. Patología Rev Latinoam 2012;50(2):99-100.

RESPUESTAS AL EJERCICIO ANTERIOR



A la izquierda, se muestra CD7 positivo en el caso de eritrodermia, lo que descarta el diagnóstico de MF. A la derecha, se muestra el infiltrado linfocítico en fila india en la capa basal con exocitosis aislada y halo claro, característico de la MF.

1. La eritrodermia es un síndrome poco frecuente que se clasifica en tres grandes grupos con base en su etiología: 1) idiopática (20 %); 2) secundaria a MF (10 a 15%), y 3) secundaria a enfermedad inflamatoria: reacción a medicamentos (30 %), dermatitis espongiformes por eccema atópico, eccema seborreico y de contacto (15 % en conjunto), psoriasis (10 %) y otras. En este caso, el motivo de interconsulta de la biopsia fue el diagnóstico inicial, referido como MF. Por lo tanto, es muy importante tomar en cuenta los antecedentes de eccema flexual, signo característico de atopía, hipersensibilidad a medicamentos y manejo con esteroides sistémicos, así como el tiempo de evolución de la eritrodermia, ya que con base en ellos se fundamenta desde el punto de vista clínico una eritrodermia no MF. La evolución abrupta y florida de dermatosis y eritrodermia van en contra de la evolución prolongada, inclusive de décadas, e indolente de la MF. La edad promedio en la que se presenta la eritrodermia es la sexta década de la vida. Su resolución, con manejo adecuado, lleva en promedio cuando menos dos años. El riesgo de fallecer en el mismo lapso es 40% independientemente de la causa.

2. Falso. Inicialmente se hizo diagnóstico de MF, y por ello se pidió una segunda opinión. Ésta lo descartó; hecho no infrecuente, ya que se ha reportado que en alrededor de 40% de los casos se subdiagnosticó, y en 44% se sobrediagnosticó; porcentajes que nos dan cuenta del grado de dificultad del diagnóstico histopatológico. Microscópicamente se caracteriza por: acantosis psoriasiforme de intensidad variable, hiper y paraqueratosis, exocitosis seca (sin espongiosis) de linfocitos pequeños y medianos con halo claro, característicamente

dispuestos en fila india en la capa basal de la epidermis o dispuestos en grupos de unos cuantos en el espesor de la epidermis (microabsceso de Pautrier), e infiltrado de linfocitos en la dermis papilar. También se presenta fibroplasia de la dermis papilar, característica que no se encuentra en la biopsia de este paciente. Mientras que en la eritrodermia por dermatitis eczematoidea lo característico es la espongiosis, acentuada en la forma aguda y focal en la forma crónica y en la vasodilatación. Si la causa es medicamentos, se encuentran necrosis aislada de queratinocitos e infiltrado eosinofílico perivascular en la dermis superficial.

3. Falso. Como ya se mencionó en la respuesta a la primera pregunta, las causas más frecuentes de eritrodermia son las dermatitis, y de éstas la principal es la reacción a medicamentos, sobre todo a anticonvulsivantes, antihistamínicos y sulfas; en el momento actual, hay mas de 60 medicamentos con respuesta no benéfica.

4. Falso. Aunque la eritrodermia se puede presentar como complicación de la micosis fungoide, no es un síndrome paraneoplásico. Además, la eritrodermia en caso de MF se presenta en la etapa de placa.

5. Verdadero. Antes de que se utilizara la inmunohistoquímica (IHQ) para el diagnóstico diferencial en la eritrodermia, sus causas eran muy difíciles de discriminar y tan sólo con estudios microscópicos. La IHQ ahora permite cuando menos decidir si se trata o no de una eritrodermia secundaria a MF. Los marcadores de IHQ que se recomienda utilizar son: CD3, CD4, CD8 y CD7. Todos estos son positivos en los procesos no MF, con excepción del CD8. En este caso, todos fueron positivos, excepto el CD8. Sólo si el CD7 es negativo, se sugiere la MF como causa de la eritrodermia. Por lo tanto, deben tomarse en cuenta todos los datos clínicos y no sólo los aspectos histopatológicos para sustentar el diagnóstico de MF y no contribuir a la iatrogenia; sobre todo, al sobrediagnóstico. El manejo de la eritrodermia en casos de MF es muy diferente al de los casos secundarios a otras causas y puede complicar la evolución de las últimas e inclusive llevar a la muerte al paciente en poco tiempo.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Baun C, Liu V. Inflammatory mimics of mycosis fungoidea. Pathology Case Reviews 2011;16:45-51.
2. Massone C, Kodame K, Kerl H, Cerroni L. Histopathologic feature of early (patch) lesions of mycosis fungoidea: A morphologic study on 745 biopsy specimens from 427 patients. Am J Surg Pathol 2005;29:550-560.
3. Sigurdsson V. Erythromerma: A clinical and follow-up of 102 patients. JAAD 1996;35:53-60