

LESIONES PERIANALES EN PACIENTES LEUCEMICOS

ENDARA, Francisco;
DIAZ, Gustavo;
BERRETA, Adriana;
ALLENDE, Daniel A., y
PALAZZO, Emilio

(De los Servicios de Cirugía y Oncohematología
del Hospital Privado - Córdoba - Argentina)

RESUMEN

Se presentan 7 enfermos leucémicos con lesiones perianales.

Se describen las lesiones, el tratamiento y la evolución de las mismas. Se hace hincapié en la severidad de dichas lesiones, en el tratamiento quirúrgico precoz y agresivo cuando está indicado y en la importancia de la profilaxis de la evolución desfavorable por el cuidado médico.

INTRODUCCION

El objetivo del presente trabajo es el de llamar la atención sobre la evolución de lesiones perianales de los pacientes leucémicos.

El comportamiento biológico y químico es diferente debido a la afectación del sistema inmunológico y la gravedad que implica la progresión y complicación infecciosa de dichas lesiones.

MATERIAL Y METODOS

En los últimos tres años se han observado 7 pacientes con lesiones perianales de un total de 36 enfermos tratados por leucemia en el Servicio de Oncología y Hematología del Hospital Privado de Córdoba.

Cuatro enfermos fueron del sexo femenino y tres de masculino.

La edad promedio fue de 27 años, con un rango de 12 a 44 años.

El tiempo de aparición de las lesiones desde el diagnóstico de la enfermedad fue de 6 meses, 8 meses, 15 días, 3 meses, 1 mes, 3 meses y simultáneamente con el mismo.

La lesión perianal primaria fue una o más fisuras anales que aparecieron antes, simultáneamente o después del diagnóstico de leucemia. La causa de una de las fisuras (niña de 13 años), fue por un tacto rectal intempestivo.

El progreso de la lesión primaria fue hacia:

- Celulitis necrotizante de la piel perianal y escroto; con un recuento leucocitario de 1000.
- Lesión úlcero necrótica en zona perianal y escrotal; recuento leucocitario de 1300.
- Necrosis de la mucosa ano rectal en los últimos cuatro centímetros; con un recuento leucocitario de 2500.
- Ulceración importante de la piel adyacente; recuento leucocitario de 3000.
- En los últimos tres casos, la progresión de la lesión primaria fue detenida mediante el tratamiento efectuado. El recuento leucocitario de estos tres casos fue de 6600, 3000 y 4000 respectivamente.

Todos los pacientes estaban bajo tratamiento quimioterapéutico; el cual consistió en: Daunoblastina en todos los casos, a los cuales se agregó Oncovin en el caso 1; ARA-C en los casos 3, 4, y 5 Vincristina en el 3; UP-16 y Mitoxantrone en el 2. Un paciente recibió radioterapia en médula espinal y cráneo.

Se utilizaron antibióticos de uso sistémico, variando los esquemas según la evolución.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

En el primer caso se realizó desbridamiento quirúrgico, presentando a los dos meses, necrosis de los dos tercios distales del conducto ano-rectal, efectuándose una colostomía y un nuevo desbridamiento.

En el segundo caso, se realiza desbridamiento y curaciones periódicas bajo anestesia.

En el tercero, desbridamiento y colostomía, cerrándose a los siete meses con restituto ad integrum.

En el cuarto caso desbridamiento y curaciones locales repetidas.

En los últimos tres casos se efectuaron curaciones locales, consistentes en limpieza y lavado con solución fisiológica estéril, secado y colocación de pomada antiséptica. Posteriormente se realiza lavado y secado cuidadosos del área después de cada deposición y colocación de unguento antiséptico con o sin antibiótico.

RESULTADOS

A consecuencia de la sepsis originada por la lesión perianal, falleció un paciente; en los demás la patología perianal evolucionó favorablemente. Esta mejoría coincidió con la remisión de la enfermedad hematológica.

COMENTARIO

Los pacientes leucémicos presentan un estado de inmunodeficiencia caracterizado por la disminución de la fagocitosis (neutropenia), de la producción de anticuerpos y de la inmunidad celular. Estos son debidos a la enfermedad de base y son agravados por los efectos de la quimioterapia (citotóxicos, corticoides), de la desnutrición y de los traumas.

La flora patógena de la última porción del tubo digestivo, es controlada por la integridad de las barreras mucosas y los procesos defensivos del organismo.

La alteración de este equilibrio, ya sea por traumatismo, corticoides, otros agentes terapéuticos, lleva al paciente leucémico con fisura perianal no controlada a una invasión y diseminación de gérmenes en los tejidos adyacentes; pudiendo a partir de los mismos, generalizarse al resto del organismo.

La respuesta inflamatoria se encuentra alterada por la disfunción o ausencia de los elementos formes de la sangre, siendo la necrosis el elemento clínico patológico dominante.

La extensión del procedimiento quirúrgico dependerá de la necrosis, del estado local y general del paciente. El desbridamiento debe ser amplio, agresivo y en ocasiones acompañado de un procedimiento de derivación intestinal.

El tratamiento profiláctico debe evitar la aparición de fisuras y en caso de estar presentes, la progresión de las mismas.

CONCLUSIONES

1.- La progresión necrótica de las fisuras perianales en el enfermo leucémico es una complicación grave de las mismas.

2.- El tratamiento quirúrgico debe ser precoz y agresivo. La oportunidad de una colostomía no debe retardarse y en ocasiones es un procedimiento de urgencia.

3. La profilaxis de las fisuras o el tratamiento médico de las mismas en los pacientes leucémicos, es un complemento importante al manejo clínico de estos enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) H. Villar, J. Warneke, Peck B Durig, JC Bjelland: Role of surgical Treatment in the management of complications of the gastrointestinal tract in patients with leukemia. 56 G.O. 1987. Sep. 165:217-222.
- 2) R Vanheuserzrvyn, JL Juliaux, C Dive: Anal lessons in hematologic diseases. Dis Col and rectum 23:310-312. 1980.
- 3) JH Hiatt, SL Kuchenbecker and D Winston: Perineal gangrene in the patient with granulocytopenia: The importance of early diserting colostomy. Surgery 100:912-915. 1986.
- 4) NE Bode, R Ramos, CP Poge: Invasive necrotizing infection secondary to anorectal abscess. Dis Col and Rectum 25:416-419. 1982.
- 5) RE Falcone and JF Noppi: Chemotherapy and wound healing. Surg. C1 N A 1984, August 64:779-794, 194 1984 (AUGUST).
- 6) D A Allende, R Chercoles, H Eynard. Defunctioning lateral colostomy my or ileostomy. Dis Col and Rectum 30-300, 1987 (APRIL).