

Adenomatosis intestinal en un perro

Presentamos un cuadro de adenomatosis intestinal en una hembra Fox-Terrier de nueve años de edad, que sufría una diarrea crónica de intestino grueso de más de un año de duración. Analizamos los posibles diagnósticos diferenciales y exponemos la secuencia de pruebas diagnósticas que realizamos para llegar al diagnóstico. Describimos el tratamiento quirúrgico que realizamos que solucionó el cuadro clínico del animal.

Palabras clave: Adenomatosis intestinal, adenoma intestinal, perro.
Clin. Vet. Peq. Anim., 26(1): 23-26, 2006

G. Valle, L. Arauzo

Clínica Veterinaria
Romareda
Gutiérrez Mellado, nº11
50009 Zaragoza

Introducción

Los tumores de intestino grueso en el perro se observan sobre todo en el tercio distal del colon y en el recto¹. La mayoría son de tipo maligno como limfosarcomas, adenocarcinomas, leiomiomas y hemangiosarcomas. Las neoplasias benignas más comunes abarcan los leiomiomas, adenomas, fibromas y pólipos adenomatosos².

La adenomatosis intestinal es una patología descrita en **medicina humana**, con carácter hereditario, que consiste en la presencia de numerosos pólipos (adenomas) que invaden una zona extensa de colon. Se considera una lesión que tiende a transformarse en maligna, por lo que se recomienda la extirpación quirúrgica^{3,4}.

Un adenoma es una hiperplasia originada en las células de Lieberkühn. Nace en el epitelio de la cripta glandular, donde se produce la regeneración celular. Su aspecto es sésil o pediculado y resalta en la superficie de la mucosa, es decir son pólipos neoplásicos benignos³⁻⁵.

La etiología de los pólipos es desconocida en el perro. Su localización más frecuente es a nivel de unión colorrectal o en colon. La mayoría son adenomatosos o hiperplásicos y no suelen pasar a la capa muscular. Suelen ser sésiles o pediculados y presentarse solitarios o múltiples. En ocasiones pueden sufrir una transformación maligna^{1,6}.

Caso clínico

Se presenta a nuestra consulta una perra Fox-Terrier de pelo duro, de nueve años de edad, hembra entera, con un cuadro de diarrea crónica acompañado de sangre fresca y moco en heces (Fig. 1) y un marcado tenesmo. La perra defeca con muchísima frecuencia durante el día y la noche. La diarrea no se ve acompañada de vómitos. El animal come con normalidad y está contento y alerta. Todos los celos son normales y periódicos y no ha criado nunca. Se ha producido un adelgazamiento progresivo, pero muy moderado, en los últimos meses. El propietario no recuerda cómo comenzó el cuadro y no lo relaciona con nada que comiese, o con situaciones de estrés. La perra lleva más de dos años con esta sintomatología.

En la exploración física se observan temperatura, ganglios linfáticos, mucosas y pulso normales. Encontramos tumores mamarios, de pequeño tamaño, en las mamas inguinales de una de las cadenas mamarias. La palpación abdominal es totalmente normal y no existe defensa en nin-



guna zona de exploración. Realizamos palpación rectal no observándose nada reseñable. Al extraer el guante existen restos de sangre, moco y heces.

Realizamos las siguientes pruebas diagnósticas:

- Tests coprológicos seriados que descartaron la presencia de giardiasis y otras parasitosis intestinales.
- Urianálisis que resultó ser normal.
- Bioquímica sanguínea completa no aportó valores anormales.
- Hemograma que mostró una leucocitosis muy marcada con una clara desviación a la izquierda ($53,8 \times 10^9/l$ leucocitos con 8% de neutrófilos en banda).
- Coprocultivo donde creció un *E. Coli* sensible a quinolonas.

Decidimos tratar al animal con enrofloxacin a dosis de 15 mg/kg y una dieta rica en fibra. Al cabo de quince días los recuentos de leucocitos habían descendido, pero la sintomatología no había cambiado en absoluto.

Continuamos entonces con nuestro protocolo diagnóstico:

- **Radiografías de tórax y abdomen** que no revelaron alteraciones reseñables.
- **Ecografía reglada de abdomen** no encontrando anomalías, si bien el digestivo no se pudo explorar correctamente por el acúmulo de gran cantidad de gas.
- **Endoscopia digestiva completa.** Para esto preparamos al paciente con ayuno de 24 horas, bisacodilo a dosis de 5 mg/ 8 horas y enemas. Macroscópicamente, a nivel gástrico no se apreciaron alteraciones en la mucosa (realizamos biopsia). A nivel de intestino delgado (duodeno) observamos una ligera alteración a nivel de la mucosa (realizamos biopsia). A nivel de intestino grueso encontramos una masa que obstruía parcialmente la luz intestinal a lo largo de diez centímetros, presentando la mucosa un aspecto claramente anormal, friable y que sangraba con muchísima facilidad. El aspecto de la mucosa previa y posterior a la lesión era totalmente normal. Tomamos múltiples muestras para biopsia tanto de las áreas aparentemente sanas como de las afectadas (Fig. 2). Los resultados anatomopatológicos fueron compatibles con una gastroenterocolitis linfoplasmocítica y sospecha de pólipo colónico. Este resultado nos confirmó una lesión benigna de las alteraciones observadas en la mucosa del colon.

Realizamos un **tratamiento quirúrgico** que consistió en la resección del área afectada mediante una colectomía parcial que se extendió a lo largo de diez centímetros de colon transversal y descendente (Fig. 3). Suturamos el colon con un patrón terminal de puntos simples de PDS de cuatro ceros (Fig. 4) y aplicamos parche de serosa alrededor de la zona suturada.

Mandamos la pieza anatómica (Fig. 7) para un nuevo **análisis anatomopatológico**. La lesión observada corresponde a un crecimiento de la mucosa del tracto digestivo, con carácter polipoide, aunque en este caso evoluciona de forma difusa y tapiza completamente la superficie de la mucosa del intestino. Se trata de una lesión análoga a la adenomatosis intestinal definida en la especie humana (Figs. 5,6).

Realizamos un **tratamiento médico** que consistió en una dieta de alta digestibilidad y Sulfasalacina a dosis de 25 mg/kg cada 12 horas. No aplicamos inmunosupresores para tratar la lesión coexistente de gastroenterocolitis linfoplasmocítica por la reciente cirugía realizada y los elevados recuentos leucocitarios



Figura 1. Presencia de sangre fresca y moco en heces.



Figura 2. Imágenes de colonoscopia.



Figura 3. Imagen intraquirúrgica previa a la colectomía.



Figura 4. Imagen intraquirúrgica posterior a la colectomía. Anastomosis terminal-terminal.

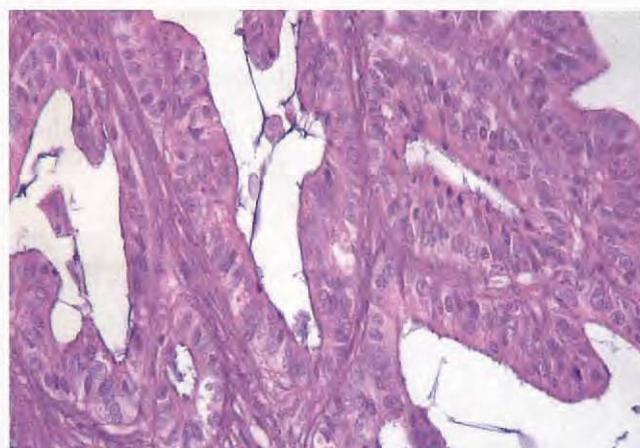


Figura 5. Imagen microscópica de Anatomía Patológica.

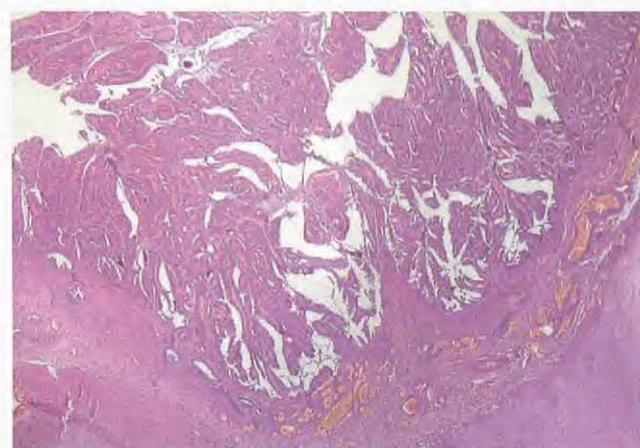


Figura 6. Imagen microscópica de Anatomía Patológica.

con desviación a la izquierda anteriores. Como tratamiento antibiótico postoperatorio prescribimos amoxicilina-clavulámico a dosis de 20 mg/kg durante siete días.

La **evolución** fue favorable desde el primer momento postquirúrgico, desapareciendo las diarreas, el tenesmo y resto de los síntomas clínicos. Decidimos no añadir más medicación ante la mejoría que se apreció tras la cirugía. A los 6 meses de la cirugía sometimos al paciente a una ovariectomía por piometra y pudimos apreciar la correcta cicatrización de la colectomía.

Discusión

La sucesión de pruebas diagnósticas que seguimos en esta perra, es el protocolo diagnóstico que realizamos ante cualquier cuadro crónico que afecte al sistema gastrointestinal que se presente en nuestra clínica.

La aparición de un coprocultivo positivo para *E. Coli* nos hizo plantear la posibilidad de que estuviésemos ante un problema infeccioso. *E. Coli* es un componente de la flora intestinal. Las cepas patógenas de *E. Coli* son causa de diarreas que la mayoría de las veces son de carácter agudo y autolimitantes. Las cepas en-



Figura 7. Pieza anatómica.

teroadherentes pueden colonizar la mucosa durante periodos prolongados y ser las causantes de diarreas crónicas². Este hecho, junto con los valores hematológicos de leucocitosis con desviación a la izquierda, nos llevaron a intentar un tratamiento antibiótico según el resultado del antibiograma. El fracaso, o la

respuesta incompleta a esta terapia, nos hizo retomar el protocolo diagnóstico. Los pólipos digestivos (adenomas), no son infrecuentes en el perro, y su localización más frecuente es en la zona rectal^{1,2,5-7}. No hemos encontrado referencias bibliográficas de casos en los que se describiese una lesión como ésta, donde los adenomas tapizan la mucosa intestinal de forma difusa en una extensión tan amplia (10 cm) y en la zona colónica.

La causa de los tumores intestinales es desconocida⁷. La dieta y las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas son factores predisponentes reconocidos¹. La enfermedad inflamatoria intestinal también predispone a la aparición de pólipos inflamatorios. En el caso que nos ocupa existía una lesión crónica a nivel de todo el canal gastrointestinal que coincidía con lo expuesto, si bien la mejoría después del tratamiento quirúrgico podría indicar que la enfermedad inflamatoria intestinal era una consecuencia de la obstrucción parcial que producía la adenomatosis a lo largo de una zona extensa de colon. La mayoría de los pólipos caninos son benignos, aunque los adenomas de intestino grueso pueden predisponer a la aparición de carcinomas colorrectales⁶. Los pólipos voluminosos en particular tienden a ser precancerosos^{2,6} (en medicina humana se consideran estadios precancerosos^{3,4}). En este caso, confirmamos la benignidad de la lesión por anatomía patológica.

La sintomatología de tumores malignos comprende, entre otros, la eliminación de moco en heces, tenesmo, disquecia, hematoquecia y pérdida de peso. Además, pueden aparecer otros síntomas como resultado de metástasis y obstrucción de la luz intestinal por parte del tumor⁶. El signo clínico más frecuente en pólipos intestinales suele ser la presencia de sangre fresca en heces y, en algunos casos, tenesmo moderado^{1,6}. En nuestro caso, la perra presentaba la sintomatología más frecuente en neoplasias malignas, por lo que se debería tener en cuenta en el diferencial de dichas patologías. Este hecho consideramos que puede ser debido también a la gran extensión de la lesión y a la obstrucción parcial de la luz intestinal que ésta producía.

Agradecimientos

Agradecemos a Histovet (Servicio de Diagnóstico Histopatológico Veterinario) la cesión de las imágenes de microscopía de la lesión.

Nota: Artículo ganador de la Primera Edición del Premio Tutor de la II Vocalía de AVEPA (Aragón-La Rioja) del año 2004.

Title

Intestinal adenomatosis in a dog

Summary

This article describes the case of a nine-year-old female Fox terrier dog that was brought to our practice to be evaluated for a chronic large bowel diarrhea lasting more than a year. It presented tenesmus, dyschezia, hematochezia and weight loss. We also describe the protocol we followed to diagnose an Intestinal Adenomatosis that extended along ten centimeters of the transverse and descendent colon. Intestinal Adenomatosis is a well-known pathology in human medicine. However, we could not find any bibliographic reference in dogs. We analyze the possible differential diagnosis and we describe the treatment that solved the case.

Key words: Intestinal adenomatosis, intestinal adenoma, dog.

Bibliografía

- Morris J, Dobson J. Oncología en Pequeños Animales. Buenos Aires. Intermédica. 2002, 116-120.
- Strombeck DR, Guilford WG. Enfermedades Digestivas de los Animales Pequeños. 2ª Ed. Buenos Aires. Intermédica. 1995, 442-445.
- Mayer RJ. Cáncer del Aparato Digestivo. En: Kasper DL, Fauci AS, Longo DL (Eds.) Principios de Medicina Interna, 16ª Edición. México D.F. Mc Graw Hill. 2006, 591-596.
- Levin B. Neoplasias de Intestino grueso y delgado. En: Benet JC, Goldman I (Eds.). Tratado de Medicina Interna 21ª edición. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana. 2002, 819-827.

- Jergens AE, Willard MD. Enfermedades del Intestino Grueso y Delgado. En: Ettinger SJ (Ed.) Compendio de la Quinta Edición del Tratado de Medicina Veterinaria. 3ª Edición. Madrid. Elsevier. 2003, 488-492.

- Rodríguez-Franco F, Sainz A, García-Sancho M: Neoplasias de Intestino Grueso en el Perro: 16 casos clínicos. *Consulta de Difusión Veterinaria*. 2004; 113:51-56.

- Couto G, Nelson RW. Transtornos Intestinales en Pequeños Animales. En: Couto G, Nelson RW. (Eds.) Medicina Interna de Pequeños Animales. 2ª Edición. Buenos Aires. Intermédica. 2000, 497-500.