

6.9353  
-89a  
59  
Med  
4

75014

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

# AMIBIASIS

(Estudio de los diagnósticos de alta dados en cinco años—1954-1958 inclusive— en los Archivos del Hospital Rosales, y revisión de los diagnósticos anatómicos de Amibiasis, registrados en 1940 autopsias practicadas por el Departamento de Anatomía Patológica del mismo Hospital.)

CONTRIBUCION AL ESTUDIO  
DE NUESTRA PATOLOGIA

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

**GERARDO ANTONIO GODOY REYES**

PREVIA LA OPCION DEL TITULO

DE

**DOCTOR EN MEDICINA**

N SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

JUNIO DE 1959

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR:

Dr. Napoleón Rodríguez Ruiz

SECRETARIO GENERAL:

Dr. Roberto Emilio Cuéllar Milla

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO:

Dr. José Kuri A.

SECRETARIO:

Dr. Antonio Mateu Llord

U N I V E R S I D A D D E E L S A L V A D O R

FACULTAD DE MEDICINA

JURADOS QUE PRACTICARON LOS EXAMENES DE  
DOCTORAMIENTO PRIVADO

PRIMER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA:

PRESIDENTE: DR. ROBERTO ORELLANA.

PRIMER VOCAL: DR. JOAQUIN RAMOS RAMIREZ.

SEGUNDO VOCAL: DR. BENJAMIN VALDEZ.

SEGUNDO EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA MEDICA:

PRESIDENTE: DR. BENJAMIN MANCIA.

PRIMER VOCAL: DR. DONALDO MORENO.

SEGUNDO VOCAL: DR. GUILLERMO RIVERA PALOMO.

TERCER EXAMEN DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA QUIRURGICA:

PRESIDENTE: DR. LUIS MACIAS.

PRIMER VOCAL: DR. FERNANDO ALVARADO P.

SEGUNDO VOCAL: DR. JULIO CESAR ULLOA.

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE:

Dr. Luis Edmundo Vásquez.

PRIMER VOCAL:

Dr. Juan José Fernández.

SEGUNDO VOCAL:

Dr. José Simón Basagoitia.

A MI MADRE

A MI ESPOSA

A MIS HERMANOS

FAMILIARES Y AMIGOS.-

AGRADECIMIENTO

AL DR. JUAN JOSE FERNANDEZ.-

AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA Y

AL DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL ROSALES.-

P L A N   D E   T R A B A J O

CAPITULO I	Definición Historia.
CAPITULO II	Métodos.
CAPITULO III	Resultados y Discusión Sintomatología Anatomía Patológica Diagnóstico.
CAPITULO IV	Conclusiones Bibliografía.

-----○-----

## CAPITULO I

### DEFINICION:

Se da el nombre de AMIBIASIS, a la infección del hombre por la Entamoeba Histolytica. Aún cuando la infección en sus estadios primarios es de naturaleza intestinal--disentería, colitis y enterocolitis amibiana--puede es protozoario invadir otros órganos, tales como Hígado, pulmón, piel, cerebro, determinando accidentes inflamatorios o necróticos (20). El término Amibiasis de amplia significación, abarcando tanto a los portadores sanos como aquellos que presentan una sintomatología típica o Atípica.-

Algunos autores (18-19) sostienen que el término Amibiasis, engloba a todas las especies de amibas, y se basan en investigaciones realizadas en el sentido de demostrar que no solo la Amiba Histolytica es patógena para el hombre, sino que otros amebideos, tales como Endolimax nana y Dientamoeba fragilis en primer término, y la Iodamoeba butchlii en segundo lugar, son capaces de producir injurias tisulares.-

En el presente trabajo se reserva el término "AMIBIASIS" para los casos comprobados de Entamoeba histolytica, no englobado en él, las demás especies amibianas.

### ISTORIA: (Investigaciones Nacionales).

Según Hernández P. (1) a principios del año 1931, el Dr. Luis V. Vencesco, a su regreso de Europa trajo a este país un frasco de Emetina, con el que prepararon soluciones al 3%. Los amibiásicos en ese entonces se comenzaron a tratar con inyecciones (posiblemente intramusculares) dosificadas a 0.03 gr. por día. En ese mismo año, el Dr. Carlos Rodríguez, trata un caso de Disentería amibiana con 0.03% de Emetina vía endovenosa durante seis días.-

En 1915 Macías (2) reporta experiencia personal en el uso de la Eme-

la por vía endovenosa.-

En 1919, Trigueros (3), en un trabajo sobre Amibiasis hace la siguiente observación: "El estado psíquico de los enfermos amibiásicos se altera frecuentemente, y da lugar al apareamiento de neurasténias y a formas melancólicas. Se nota --sin establecer porcentajes --la relativa frecuencia con que en aquellos entonces coincidían, la Amibiasis y el paludismo en el mismo individuo.-

Castillo R. (4) en 1921, reporta 15 casos de Amibiasis comprobada por exámenes de heces; dos de estos casos presentaban complicación hepática; así mismo deja constancia sobre el uso que en esa época se daba a la Pasta de RAVAUT, los enemas de Solución de DAKIN, en el tratamiento de los enfermos amibiáticos.

Flamenco (5) en 1922, reportó 14 casos de Amibiasis en niños de 1 a 6 años de Edad, tratados con Emetina, y hace notar que, "La Emetina entre nosotros viene usando desde hace ocho o nueve años, poco más o menos, con éxitos halagadores, tanto en el adulto como en el niño.-

En Noviembre de 1928, Saldaña (6), en su tesis doctoral se pronuncia a afirmar categóricamente la importancia que el examen de heces tiene para el diagnóstico de la Amibiasis, y reporta el 44.04% de positividad amibiásica de 65 exámenes de heces practicados por él, bajo el método de coloración por Gier.- En esa misma obra refiere el caso de un tumor de "origen Amibiano" (Amoeboma), y de localización rectal en un paciente del Dr. Carlos Llerena (7).-

Goens y González (8), en 1943, reportan tres casos de Amibiasis vesical, dos en niñas y uno en adulto, y aconsejan la investigación de estos protocolos en todos aquellos casos de disuria rebelde.-

Pacheco Trejo (1948) (9), en su tesis doctoral, cita la tendencia que existe en nuestro medio, de restarle importancia a la Amibiasis, reportando que de 406 muestras obtenidas de niños de 0 a 10 años de edad, estudiadas por examen

directo o método de Concentración de Faust, encontró 54 casos positivos a Amibas, dando un 14.7 % de positividad.-

No fué sino hasta 1935, con el trabajo de Menéndez (11), en que se describen algunas lesiones anatómicas encontradas en amibiásicos al analizar 11 casos de Amibiasis de 1000 autopsias practicadas en el Hospital Rosales, 154 en el Hospital San Juan de Dios de la Ciudad de Santa Ana. En ese mismo trabajo reporta un caso de absceso cerebral de origen amibiano.-

## CAPITULO II

### M E T O D O S

Previo al desarrollo del presente estudio, se elaboró un proyecto de trabajo que abarcó dos principales objetivos:

1o.- La revisión de los diagnósticos de altas y las muertes habida en el Hospital Rosales, en los cinco años comprendidos entre 1954 a 1958 inclusive, buscando el número de diagnósticos de alta de Amibiasis, síndrome disentérico y disentería bacilar, y el número de muertes ocurridas por estas causas. Desgraciadamente, la relación que originalmente se pretendió hacer entre la disentería amibiana y las diferentes etiologías del síndrome disentérico, en especial con la disentería bacilar, no ha sido posible, debido a que solamente se inscribieron 12 diagnósticos de disentería bacilar durante los años referidos, y de estos únicamente dos casos tenían examen bacteriológico positivo en heces, confirmando el diagnóstico clínico. El hallazgo de estos dos casos de disentería bacilar comprobada, no permite hacer un estudio comparativo con el cuadro clínico observado en la disentería amibiana por los pocos datos obtenidos de ellos, y nos demuestra claramente el poco interés de nuestra parte en el estudio científico de esta clase de pacientes, y la falta de sinceridad en aquellos que firman diagnósticos incorrectos en el momento de dar el alta a los pacientes que han estado ingresados. Por esta razón solo estudiaré cuadros clínicos de Amibiasis intestinal y extra-intestinal, con E. Histolytic comprobada.-

2o.- La revisión de 1940 autopsias practicadas por el Departamento

Anatomía Patológica del Hospital Rosales, investigando el número de Amibiásis descubiertos por la necropsia; revisión de los cuadros histológicos encontrados en estos casos y estudio de las complicaciones extra-intestinales amibiásicas.-

Considero interesante referir, que, de trece pacientes dados de alta con el diagnóstico de Absceso Amibiano Hepático, solo uno de ellos tenía estudio positivo a E. histolytica. Por esta razón analizaré la relación que guarda la Amibiasis en la etiología del absceso del hígado, estudiando todos los abscesos hepáticos descubiertos en la autopsia.-

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

Durante los años comprendidos en este estudio se encontraron 59 diagnósticos de Amibiasis, de los cuales solamente en 31 casos se había demostrado la presencia de E. histolytica, dando una frecuencia al comparar este pequeño número de casos positivos, con el total de altas habidas en ese mismo período, de 5.8 (tasa-X-10.000).-

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE ALTAS Y MUERTES EN EL HOSPITAL ROSALES, Y FRECUENCIA DEL DIAGNOSTICO DE AMIBIASIS POR AÑO, DURANTE EL PERIODO 1954-1958

AÑOS	ALTAS	Diagnósticos de Amibiasis				M U E R T E S		
		REGISTRADOS		COMPROBADOS		TOTAL	Por Amibiasis comprobada	
		No.	Tasa X-10.000	No.	Tasa X-10.000		No.	Tasa X-10.000
1954	12.542	7		2		786	1	
1955	9.515	10		3		629	1	
1956	11.024	8		1		760	0	
1957	9.604	12		6		903	0	
1958	10.645	22		19		927	1	

En el cuadro No. 1 se puede apreciar objetivamente que durante este período solo hubo 3 muertes por Amibiasis, dando una frecuencia de 7.5 (tasa X-10,000) al comparar este número de muertes con el total de fallecimientos ocurridos en el mismo intervalo.-

CUADRO No. 2.

DISTRIBUCION DE 31 CASOS POSITIVOS A E. HISTOLITICA POR EDAD Y SEXO

E D A D	TOTAL	% DEL TOTAL	S E X O	
			M.	F.
10 - 19	2	6.2%	1	1
20 - 29	9	29.1%	5	4
30 - 39	7	19.4%	4	2
40 - 49	6	22.6%	5	2
50 - 59	3	9.7%	0	3
60 - 69	1	3.3%	0	1
70 ó más	3	9.7%	3	0
TOTAL	31	100 %	18	13
%			58%	42%

En este cuadro no aparecen pacientes de 0 a 9 años de edad debido a que en el Hospital Rosales no se ingresan niños que tengan edad comprendida entre los 2 a los 10 años, y luego porque entre los pacientes egresados de los servicios de Pediatría de este Hospital, ninguno de ellos tuvo diagnóstico positivo de Amibiasis.-

La frecuencia mayor de la amibiasis fué en la tercera década de la vida. pero por el poco número de casos positivos no se puede con-

cluir sobre este aspecto, y me parece mejor afirmar en términos generales, que la Amibiasis se presenta con más frecuencia entre los 20 y 50 años de edad.-

Respecto al sexo se observa que el 58% de los casos los pacientes fueron hombres, y en el 42% mujeres, no existiendo mayor diferencia entre uno y otro que demuestre afinidad manifiesta por determinado sexo.-

Los diagnósticos de alta en los pacientes fueron consignados con diferentes términos, aún cuando el cuadro clínico general fué el de Disentería Amibiana. Así vemos que en 11 casos diagnosticose Disentería Amibiana; Colitis Amibiana 8; Amibiasis Intestinal 9; Síndrome Disentérico 1. Todos estos pacientes adolecían de una Amibiasis Intestinal, y daban historia de padecer o de haber padecido cuadros disentéricos francos.-

CUADRO No. 3

COMPLICACIONES DE ORIGEN AMIBIANO EN 31 CASOS DE AMIBIASIS

COMPLICACIONES	No.	% del total
HEPATITIS AMIBIANA	3	9.7 %
ABSCESO AMIBIANO HEPATICO	1	3.2 %
ABSCESO AMIBIANO PULMONAR	1	3.2 %
TOTAL	5	16.1 %

Las manifestaciones extraintestinales de la Amibiasis se presentaron como complicación en cinco casos, con una incidencia del 16.1%. La complicación más frecuente fué Hepatitis Amibiana, 3 casos (9.7%); Absceso Amibiano Hepático 1 caso (3.2%); Absceso Amibiano Pulmonar, 1 caso (3.2%).-

La anemia constituyó la principal enfermedad concomitante con Amibiasis en los casos estudiados, al grado de que 24 de los pacientes eran anémicos. La Amibiasis es una enfermedad sumamente debilitante (13); el sangramiento de las pequeñas ulceraciones del cólon, las exacerbaciones agudas, la cronicidad de la enfermedad con pérdida casi constante del apetito explican la anemia, no como enfermedad concomitante, sino como parte del cuadro clínico de la Amibiasis.-

CUADRO No. 4

ENFERMEDADES CONCOMITANTES ANOTADAS EN LOS  
RECORDS DE 31 CASOS DE AMIBIASIS.-

ANEMIA	24
DESNUTRICION	4
TUBERCULOSIS PULMONAR	2
CIRROSIS HEPATICA	2
SIFILIS	2
BRONQUIECTASIA	1
ULCERA PEPTICA	1
NEURORSIS	1

En el 62.5% la anemia fué Normocítica Normocrómica; Microcítica Hipocrómica 29.1%; Macroscítica 4.1% y el 4.3% las otras variedades.-

Entre las otras enfermedades concomitantes se encontraron en orden decreciente, Desnutrición, 4 casos; Tuberculosis Pulmonar 2; Cirrosis Hepática 2; Sífilis 2; Bronquiectasia 1; Ulcera Péptica 1; Neurosis 1.-

El paciente con Ulcera Péptica se encontraba bajo tratamiento por Amibiasis cuando hizo evacuaciones voluminosas de sangre digerida, coágulos y hematemesis; el estudio radiológico demostró la existencia de una úlcera en la primera porción del duodeno.-

CUADRO No. 5

ESPECIES Y FRECUENCIAS DE OTROS PARASITOS  
ENCONTRADOS EN 31 PACIENTES CON AMIBIASIS

AMIBA COLI	16
ASCARIS LUMBRICOIDES	15
UNCINARIAS	11
TRICOCEFALOS	9
CHILOMASTIC MESNILLI	5
IODAMOEBIA BUSHLII	3
ENDOLIMAX NANA	1
TRICHOMONAS	5
ESTRONGILOIDES	1
TENIA	1

El estudio comparativo de la frecuencia de estos parásitos en el Síndrome Disentérico, Disentería Bacilar y en la Disentería Amibiana, se pretendió hacer, y constituía uno de los puntos a tratar en este trabajo, pero desgraciadamente no ha sido posible debido a que estas dos patologías que guardan íntima relación con la Disentería Amibiana, se encuentran mal estudiadas y poco sentadas en el control de altas de los archivos del Hospital. Sería muy interesante estudiar el papel que desempeñan *Giardia lamblia*, *Iodamoeba bushlii*, *Endolimax nana*, *Trichomonas hominis*, y *Chilomastix mesnilli* en la etiología del Síndrome Disentérico en nuestro medio.-

#### SINTOMAS Y SIGNOS.

Anorexia : Se presentó en 29 de los pacientes estudiados, siendo el síntoma más frecuente (93.5%)

Pérdida de Peso: Se presentó en 22 pacientes (70.9%).

Cefalea: Estuvo presente en 20 pacientes (64.5%)

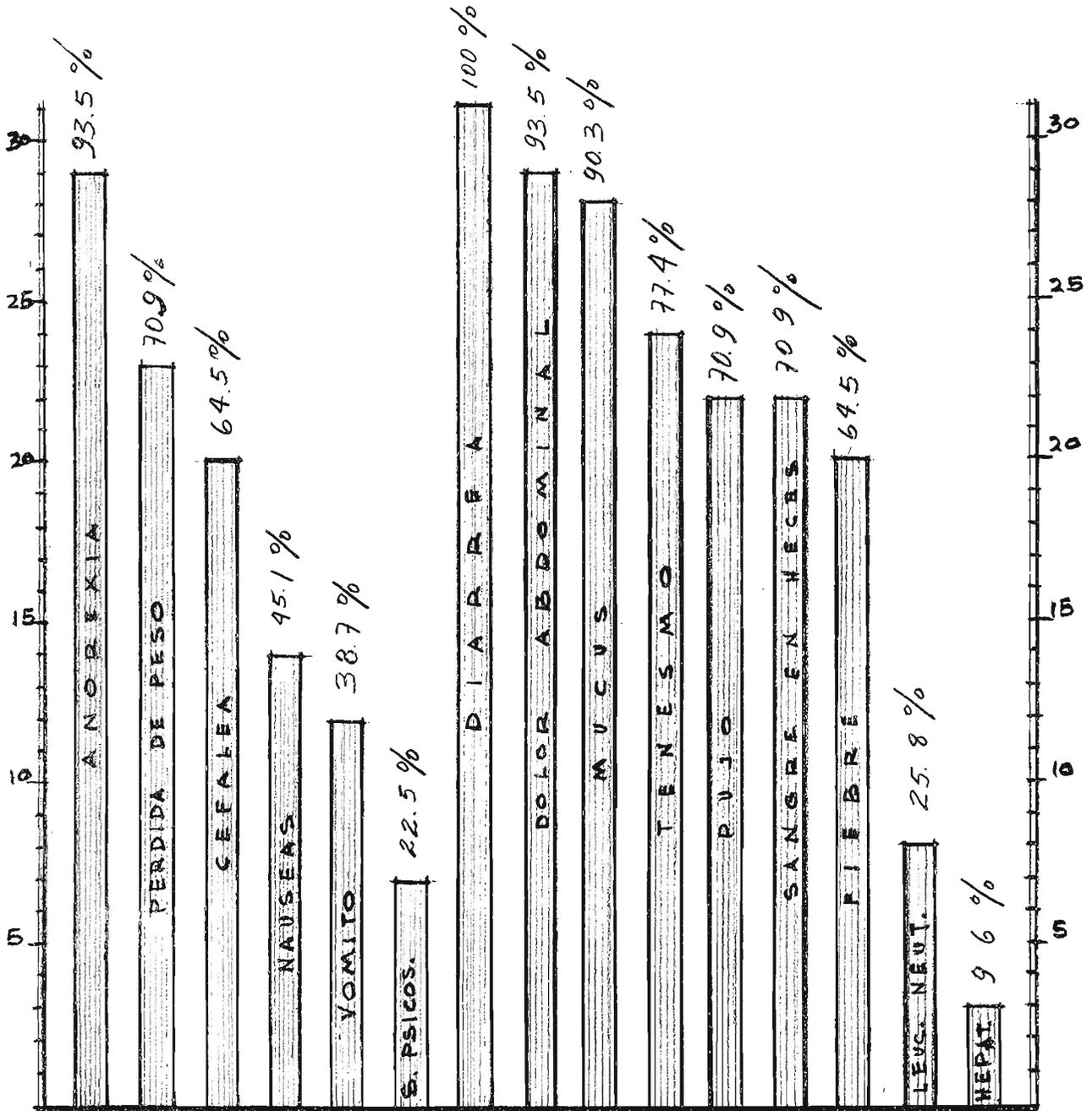
Nauseas: En 14 casos, dando una frecuencia del 45.1%

Vómitos: En 12 casos, con una frecuencia del 38.7%

Síntomas Psicosomáticos: Siete pacientes presentaron manifestaciones consistentes en angustias, palpitaciones, opresión retroesternal, desesperación, temor, inseguridad personal que ya han sido descritas (21-18); no hay datos en los protocolos de estos pacientes en el sentido de si mejoraron o no estos trastornos con el tratamiento anti-amibiano instituido.-

Diarrea: Estuvo presente en el 100% de los casos. Salvo en tres pacientes en que el cuadro se inició con cámaras numerosas, abundantes y líquidas, en los demás casos se manifestó en forma de cámaras pequeñas, en número de 5 a 15 en las 24 horas. En 65.4% de los pacientes dieron historia de

SINTOMAS Y SIGNOS ENCONTRADOS EN 31 CASOS DE AMIBIASIS.



con acentuación grave y progresiva de la diarrea por un espacio de 3 a 5 días

Dolor abdominal: El dolor abdominal estuvo presente en el 93.5% de los casos. En 20 ocasiones fué descrito por los pacientes como difuso; en 5 ocasiones fué tipo cólico localizado especialmente en ambas fosas ilíacas; cuatro pacientes se quejaron de dolor sordo en hipocondrio derecho.-

Fiebre: El 64.5% de los pacientes presentaron elevación de la temperatura, elevación que en términos generales se puede describir como discreta. Cinco de los pacientes tuvieron una elevación térmica por encima de 39°C. Se ha descrito que el estado febril es raro en la Amibiasis, y los datos encontrados en la revisión de estos 31 casos de Amibiasis son muy altos, pero esto no quiere decir que nuestros pacientes presentan Pirexia con mas frecuencia, sino que este dato está en relación con el tipo de pacientes estudiados, el estado general grave de los mismos, las enfermedades concomitantes, y además, que son pacientes que por el cuadro general grave ameritaron ingreso a los servicios de medicina del hospital. Como veremos más adelante, es posible que exista una explicación a esta elevada frecuencia de estados febriles, y esta explicación puede ser, la alta incidencia de úlceras atípicas en la mucosa del cólon, por infección bacteriana sobreagregada a las úlceras en Botón de Camisa de la Amibiasis.-

Heces: 28 pacientes presentaron mucus en las heces, y en 22 de ellos se describió sangre en las deposiciones, arrojando una frecuencia del 93%, y 70.9% respectivamente. En el 70% de las veces, la sangre fué oscura, y en el resto sangre fina en pequeñísima cantidad.

Pujo y tenesmo: Presentaron "pujo" 22 pacientes y tenesmo rectal 24, dando una frecuencia del 70.9% y 77.4%. Estas cifras son altas pero como

localización ulcerativa en el sigmoide y en el recto ha sido muy alta en est  
pacientes, al contrario de lo que sabemos del estudio clásico de la Amibia  
sis.-

Hepatomegalia: La hepatomegalia acompañó a la Amibiasis en el 9.  
6% (3 casos), guardando íntima relación con las complicaciones hepáticas en  
contradas. En un caso hubo ictericia.-

Leucocitosis, neutrofilia: La leucocitosis con neutrofilia se en-  
contró en el 25.8% de los casos. Eosinofilia sólo la presentaron dos casos  
(6.4%).-

ANATOMIA PATOLOGICA.-

Consideraciones Generales: Del estudio de 1940 autopsias se encon  
tró un total de 29 casos de Amibiasis, de estos solamente dos tuvieron diag-  
nóstico clínico, lo que representa un porcentaje de 6.9% de diagnósticos en  
vida, de Amibiasis. Los demás casos fueron descubiertos en la mesa de autop-  
sias.-

CUADRO No. 6

DISTRIBUCION POR EDAD, DE 29 CASOS DE AMIBIASIS  
DIAGNOSTICADOS ANATOMOPATOLOGICAMENTE EN 1940  
AUTOPSIAS.

Grupo en Años	Total de Autopsias.	Total de Casos Positivos	%
Hasta 9	378	9	
10 - 19	196	4	
20 - 29	285	7	
30 - 39	306	4	
40 - 49	277	2	
50 - 59	222	2	
60 - 69	182	1	
70 ó más	98	0	

El cuadro número seis demuestra la distribución de la Amibiasis por edad, con un total de 29 casos diagnosticados en la autopsia que al compararlos con el total de autopsias estudiadas nos dá una frecuencia del 1.4. Este último porcentaje deja una interrogante, al demostrar, comparándolo con el obtenido de la revisión de las altas dadas en el Hospital Rosales durante el período 1954 - 1958, que el diagnóstico de Amibiasis se está haciendo mas frecuentemente en la necropsia, que en los pacientes ingresados en los diferentes servicios del Hospital.-

En estos 29 casos, la Amibiasis fué causa directa de la muerte en 19 de ellos, encontrándose como enfermedad concomitante secundaria en el resto de los casos.-

CUADRO No. 7

COMPLICACIONES ENCONTRADAS EN 29  
DIAGNOSTICOS ANATOMICOS DE AMIBIASIS

AMIBIASIS INTESTINAL	29
PERFORACION INTESTINAL	7
PERITONITIS	8
ENTERORRAGIA	2
ADENITIS MESENTERICA	12
ABSCESO HEPATICO AMIBIANO	6
AMIBIASIS PULMONAR	2

AMIBIASIS INTESTINAL:

En el 100% de los casos se demostraron lesiones amibiásicas en la mucosa del cólon, con localización más frecuente en toda la mucosa del mismo (15 casos); en ciego y cólon ascendente, en 6 casos; cólon descendente, sig-

En el 34.4% de los casos se encontraron lesiones necr mucosa que se han catalogado como Colitis Amibiana Flegmonosa. La Botón de Camisa típica de la Amibiasis, en sus inicios, presenta y reacción leucocitaria poca (21), pudiendo afirmarse de manera g el proceso de necrosis infiltrativa predomina sobre el proceso in Esta situación explica (12), porqué la enfermedad es muy pocas ve

La invasión bacteriana secundaria de la úlcera sucede produciendo reacción inflamatoria de variable intensidad, pudiend se sobre-imponga la Disentería Bacilar a la Amibiana. Cuando la i teriana es intensa, se produce gangrena de la mucosa del colon, y casos, de todas las capas del mismo, pudiendo conducir a una comp morrágica grave, o a la perforación intestinal.



Figura No. 1

← LESION TIPICA

Úlcera Amibiana en Botón de Camisa.-  
Autopsia No. 1890  
(Cortesía del Dpto. De Anatomía Patológica. H.R)

Figura No. 2

LESION ATIPICA →

Necrosis de mucosa del colon en un caso de Colitis Amibiana Flegmonosa (Autopsia 1891) (Cortesía del Dpto. de Anatomía Patológica. H.R.)



El aspecto macroscópico demostró en estos casos de le

edematosa. La mucosa muy hiperhémica con áreas de necrosis de diversos tamaños y configuraciones, comprometiendo en cinco de los casos, toda la mucosa del colon; los segmentos menos interesados fueron el sigmoide y recto, distinguiéndose en su superficie las úlceras en Botón de Camisa. Con las zonas necrosadas contrastan otras de hemorragia, sobre todo en aquellos casos en que el cuadro se complicó de perforación intestinal.-

Microscopicamente se pudo apreciar fuerte infiltración de células inflamatorias a predominio polinuclear, interesando principalmente mucosa y serosa, y en menor grado la capa muscular. En la mucosa se describió necrosis completa de la misma, y en las partes menos afectadas, se pudo distinguir algunas úlceras en Botón de Camisa. Debajo de la mucosa necrosada la infiltración polinuclear y linfocitaria interesó tanto la capa muscular como la serosa, capas que en algunos cortes histológicos presentaron alteraciones necróticas, hemorragia intensa y edema. La presencia de *Amiba histolytica* se descubrió en submucosa principalmente, pero en 12 casos interesó la capa muscular, invadiendo además, los vasos sanguíneos y linfáticos.-

Figura No. 3

Aspecto macroscópico de la mucosa del colon en Colitis Amibiana. Úlceras en Botón de Camisa. Autopsia No. 1950. (Cortesía del Dpto. de Anatomía Patológica. H. R.)



PERFORACION INTESTINAL.

La perforación intestinal estuvo presente en 7 casos, dando un porcentaje del 24.1%. Se localizó en cinco casos en ciego y colon ascendente; fué única en 6 casos y múltiple en una ocasión; su diámetro osciló de

uno a cuatro centímetros. En todos los casos se presentó como complicación de colitis flegmonosa, descubriéndose la presencia de abundante cantidad de *E. histolytica* en los bordes de la perforación.

Figura No. 4

Colitis Amibiana Flegmonosa.  
Perforación intestinal. As-  
pecto macroscópico. Autop-  
sia No. 1981.  
(Cortesía del Dpto. de Ana-  
tomía Patológica, H. R.)



#### PERITONITIS

Se presentó en 8 casos; siete como complicación directa de perforación intestinal, y un caso por ruptura de un absceso hepático a la cavidad peritoneal. Siete casos fueron descritos como de peritonitis aguda generalizada, y uno de peritonitis aguda enquistada. En resumen la peritonitis estuvo presente en el 27.5% de los casos. En todos ellos la peritonitis fue la causa directa de la muerte de estos ocho pacientes. Se diagnosticó clínicamente en un caso.-

#### HIPERTROFIA DE LOS GANGLIOS MESENTERICOS

La hipertrofia de los ganglios mesentéricos se encontró presente en 12 casos, habiéndose puesto en evidencia en uno de ellos la *E. histolytica*. En términos generales los ganglios mesentéricos fueron descritos sólo macroscópicamente, no pudiéndose concluir con bases sólidas sobre el origen de esta hipertrofia ganglionar, debido a que en parte la hipertrofia de los mismos puede haber sido motivada por una infección bacteriana sobre agregada, en otros casos, por la invasión directa de la *E. histolytica*. De todas mane

ras, el hallazgo de Amibas en los ganglios mesentéricos es muy raro, y merece una delicada investigación en todos aquellos casos en que a la autopsia, se demuestran lesiones amibiásicas del cólon, con hipertrofia de los ganglios mesentéricos.

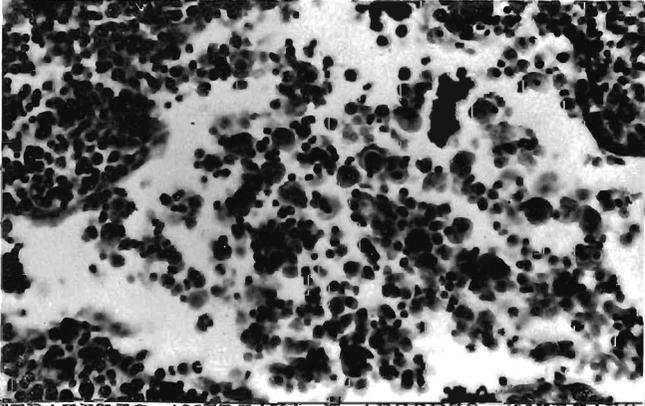


Figura No. 5

Amibas presentes en un ganglio mesentérico. Aspecto microscópico.

Autopsia No. 1930  
(Cortesía del Dpto. de Anatomía Patológica. H. R.)

HEPATITIS AMIBIANA Y ABSCESO AMIBIANO HEPATICO

Durante el proceso citolítico de la *E. histolytica* sobre la masa intestinal (16), el parásito puede corroer vasos sanguíneos, provocando morragias, o, dando lugar a la diseminación del parásito a zonas distantes. Cuando la erosión compromete un conducto venoso, la propagación de *E. histolytica* alcanza el hígado por la vía portal.

En el 10.3% de los casos se descubrieron lesiones histológicas Hepatitis Amibiana, presentando abundante infiltración de células polinucleares y mononucleares, y numerosas *E. histolyticas* en el tejido hepático. En tres casos de Hepatitis Amibiana, el hígado se encontró aumentado de tamaño de peso. Se puede decir que en estos mismos casos, las lesiones inflamatorias constituían verdaderas zonas microscópicas de necrosis.

En seis casos se encontraron abscesos en el hígado (20.6%). Todos los abscesos hepáticos mostraron en su constitución, detritus celulares, tejido necrótico, infiltración de células inflamatorias a predominio mononuclear, en vías de desintegración, *E. histolyticas*, y pus bien ligado de cantidad

relación con el tamaño del absceso.

El absceso hepático fué múltiple en cuatro casos, único y con calización en el lóbulo derecho en dos casos. En tres ocasiones se presentó en niños menores de nueve años de edad (13); en cuatro casos hubo hipertrofia hepática.-

Figura No. 6

Absceso Amibiano Hepático  
Lóbulo derecho.- Aspecto  
macroscópico.

Autopsia No. 1981  
(Cortesía del Dpto. de Anatomía Patológica. H.R.)



Estudiando todos los abscesos hepáticos encontrados en la autopsia, se presentó este en 34 casos de las 1940 autopsias revisadas.-

De estos 34 casos, 19 de ellos fueron de origen infeccioso dando una frecuencia del 55.8%; de origen Amibiano 6 casos (17.6%). En el 14.7% de las veces (5 casos), fué de origen parasitario por invasión del tejido hepático por ascárides; en el 8.8% de los casos (tres casos), la etiología fué neoplásica, y en un caso se trató de Actinomicosis, pudiendo resumirse diciendo que la etiología más frecuente ha sido la infecciosa, y que el origen amibiano de los abscesos del hígado se encuentra en segundo lugar. Sugiero que por lo sucesivo, se reserve el diagnóstico de Absceso Amibiano del Hígado para aquellos casos de Amibiasis comprobada, o cuando se haya podido instituir una prueba terapéutica con drogas amebicidas específicas que demostrara una franca mejoría en el enfermo, y nó en aquellos casos en que se ha usado toda una serie de variados antibióticos al mismo tiempo que terapia antiamibiana.

AMIBIASIS PULMONAR

Se encontraron dos casos de Amibiasis Pulmonar (6.9%), uno de ellos, un absceso del pulmón localizado en el lóbulo superior derecho, y el segundo caso se trataba de un absceso del lóbulo derecho del hígado abierto a la cavidad pleural derecha en donde dió origen a un pnoneumotorax, que al momento de la autopsia contenía 800 cc. de exudado purulento, fétido y de color amarillo cremoso. En ambos casos se pudo demostrar la presencia de abundantes E. histolyticas en el tejido pulmonar.-

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de Amibiasis continúa basándose en la demostración de la E. histolytica en las heces, exudados o en los tejidos.-

Aunque parezca fácil el diagnóstico de la E. histolytica, no lo es, por su fácil confusión con otras especies amibianas que parasitan al hombre, requiere del laboratorista el conocimiento de numerosos métodos de examen y un entrenamiento intensivo. (20).

MEDIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE LA AMIBIASIS

A) Examen Clínico

B) Investigación directa de E. histolytica.-	10.-Heces.-	Formadas	Examen Simple Con enriquecimiento.-
	20.-Tejidos	Líquidas	Por Diarrea Por medios artificiales.-
	30.-Exudados		

C) Cultivo de E.

- 1) Inoculación experimental.-
  
- 2) Test Biológicos
  - Fijación del complemento
  - Intradermo reacción.
  
- 3) Exámenes especializados.-
  - Rectosigmoidoscopia
  - Radiología.
  - Anatomo-patología.-

A).- Examen Clínico: Se recordará que un diagnóstico clínico de colitis amibiana, no debe considerarse definitivo sino hasta que el parásito sea demostrado en las heces, es más mientras se continúe sin adoptar esa conducta, no podremos determinar con seguridad la verdadera incidencia de la Amibiasis en nuestro medio.-

La mayor dificultad estriba en la relación que la Colitis Amibiana guarda con el Síndrome Disentérico, dificultad que se acentúa, no sólo en la diferenciación clínica de la Disentería Amibiana con la Disentería Bacilar, sino al comparar las variadas etiologías del antes dicho Síndrome.-

Si recordamos que la Amibiasis no solo se manifiesta en forma de un cuadro "disentérico", sino que puede presentar manifestaciones variadas, fácil se hace comprender que la investigación del parásito, además de satisfacer el diagnóstico científico con su demostración objetiva, lleva de por sí a garantizar al paciente, un pronóstico mejor, al evitar con el tratamiento oportuno, las manifestaciones extraintestinales de la Amibiasis.-

La existencia de Amibiasis intestinal asintomática habla claramente de este problema.-

Disentería Amibiana

- ) Generalmente sintomatología crónica, endémica.
- ) Período de incubación incierto de días a meses.
- ) De curso generalmente crónico con exacerbaciones agudas.
- ) Puede haber fiebre.
- ) Cámaras menos frecuentes, con sangre oscura y moco, mal olientes.-
- ) Tenesmo generalmente moderado.
- ) Muerte debida a caquexia, hemorragia intestinal, peritonitis por úlcera amibiana perforada, necrosis amibiana de otros órganos.
- ) Hallazgos de amibas activas.-

Disentería Bacilar

- 1) Generalmente sintomatología Aguda. Epidémica.
- 2) Período de incubación de una semana o menos.
- 3) De curso generalmente de pocos días. Puede ser crónico.
- 4) Casi siempre hay fiebre.
- 5) Cámaras frecuentes, poco voluminosas, con sangre roja, aspecto gelatinoso, de olor normal.
- 6) Tenesmo generalmente severo.
- 7) Muerte debida a toxemia y caquexia.-
- 8) Ausencia de amibas activas.

B).- Investigación directa de E. histolytica: La investigación di-

recta de E. histolytica constituye un problema que mas incumbe al laboratorisa que al médido general, pero, esto no impide que consideremos ciertos detalles generales de importancia inestimable. El hallazgo de la E. histolytica depende en gran parte de diversos factores que enumeraré a continuación:

a) El examen debe de ser practicado entre los primeros quince minutos después de tomada la muestra.-

b) Se preferirán las muestras líquidas, ya sea por diarrea que paezca el enfermo, o por medios artificiales como un ligero laxante salino o por enema. En las muestras líquidas se preferirán las partes que contengan mucus o sangre.-

a descartar Amibiasis.-

d) En todo caso que se sospeche Amibiasis, se le solicitará al laboratorista su investigación, no solo por el examen directo corriente, sino también sugiriéndole métodos de coloración con yodo, Hematocilina Férrida y Método de Concentración de Faust.

e) La investigación en los tejidos se reserva a las biopsias tomadas en sitios en que se sospeche una infección por amiba, como ameboma, fístulas, úlceras, trayectos fistulosos etc.-

f) En las investigaciones de los exudados (expectoración, vómica o arterial obtenida por punción) se advertirá al analista que el material debe ser examinado a fresco para orientación y luego bajo coloración con Hematocilina Férrica para diagnóstico definitivo.-

C).- Cultivo de E. histolytica: En este momento el cultivo de E. histolytica no constituye un proceso de rutina en el diagnóstico de la infección amibiana. (16-20)

D).- Inoculación experimental: El uso de inoculación experimental para fines diagnósticos, está prácticamente abandonado. Solo se justificaría su uso para aquilatar la patogenicidad de las cepas.-

E).- Test Biológico: La fijación del complemento y la intradermo-reacción se han usado para el diagnóstico de la amibiasis, no constituyendo sin embargo métodos que se justifiquen como medio rutinario de diagnóstico, además de no dar un buen margen de seguridad.

F).- Exámenes especializados:

a) Rectosigmoidoscopia: dá informes importantes en las lesiones amibianas que se localizan en el sigmoide y recto.

La rectosigmoidoscopia visualiza las ulceraciones y permite tomar

alización en el recto sigmoide de las lesiones amibianas solo representan el 13% en EE.UU. (18) y el 75.8% en nuestro medio.

b) Examen radiológico. Radiologicamente se han descrito esasmos y alteraciones al nivel de la válvula ileocecal, e imágenes bastante características en caso de amebomas.

c) Examen Anatómo-patológico. La importancia de la investigación de lesiones amibianas en la necropsia, no sólo se traduce en nuestro caso en la confirmación de un diagnóstico post-mortem, sino que en forma indirecta nos ha servido en el presente trabajo, arrojando una frecuencia que comparándola con la obtenida del estudio de los diagnósticos de alta en el período 1954/58, se concluye fácilmente de que los pacientes han sido muy mal estudiados en el sentido que motiva este trabajo.-

#### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe de hacerse con todos aquellos estados en los que se elimina moco y sangre, con las heces. Esto significa diferenciación con todas las causas etiológicas del síndrome disentérico.

El diagnóstico diferencial con una afección maligna, merece la mejor atención, principalmente cuando podemos estar frente a la forma hipertrófica de la amibiasis intestinal, Amiboma, o granuloma amibiano.(17)

La amibiasis genitourinaria ha sido descrita por diversos autores. De interés práctico y como contribución en este estudio, referiré que Watson (17) ha comprobado que la E. histolytica no puede sobrevivir en la urina.-

CONCLUSIONES

- ).- Se han estudiado 31 cuadros clínicos de Amibiasis con diagnóstico positivo de Entamoeba histolytica en el examen de heces.
- ).- Se descartaron 28 diagnósticos clínicos de Amibiasis por no haberse demostrado el parásito en el examen de heces.
- ).- No fué posible comparar el cuadro clínico de la Disentería Amibiana con el de la Disentería Bacilar, debido a que este último se ha estado diagnosticando sin la investigación bacteriológica correspondiente.-
- ).- En el 16.1% de los casos se presentaron complicaciones extra-intestinales, distribuidas así: Hepatitis Amibiana 9.7%; Absceso Amibiano Hepático 3.2%; Absceso Amibiano Pulmonar 3.2%
- ).- Se han estudiado 29 diagnósticos anatómicos de Amibiasis encontrados en la revisión de 1940 autopsias.-
- ).- En el 34.4% de los casos las lesiones anatómicas intestinales fueron atípicas, habiendo sido catalogadas como Colitis Amibiana Flegmonosa.-
- ).- La perforación intestinal de origen amibiano, se presentó en casos de Colitis Amibiana Flegmonosa.<sup>24.1%</sup>
- ).- Es necesario estudiar detenidamente la relación que pueda tener la hipertrofia de los ganglios mesentéricos con la Amibiasis, en los casos de colitis amibiana que llegan a la mesa de autopsias.-
- ).- El absceso Amibiano Hepático se encontró en el 20.6% de los casos, y representa el 17.6% en la etiología del absceso hepático, de 34 casos de abscesos del hígado estudiados.-

BIBLIOGRAFIA.

- 1).- Hernández P, Francisco. Tratamiento sistemático de la Amibiasis por inyecciones endovenosas de Emetina. Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador. 1952.-
- 2).- Macías, Luis A. Ensayo de Terapéutica. "La vía Intravenosa". Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador. 1920.-
- 3).- Trigueros, G. Amibiasis. Archivos del Hospital Rosales. Año 1919 Pag. 1201 - 1205.-
- 4).- Castillo, R. G. Contribución al estudio de la Amibiasis intestinal y Hepática en el Salvador. Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador. 1921.
- 5).- Flamenco, G. Contribución a la Terapéutica de la Amibiasis Infantil. Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador. 1922.-
- 6).- Saldaña, E. Contribución al estudio de la Amibiasis Intestinal en El Salvador. Procedimiento de Coloración por Giemsa. Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador. Noviembre de 1928.-
- 7).- Llerena, C. Tumor de origen amibiano. Revista "El Salvador Médico". No. 36 Año 1928.
- 8).- Menéndez, J. V. "Frecuencia de las lesiones producidas por la Amibiasis en El Salvador". Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador, Nov. 1953.

- 9).- Trejo P, Gregorio h. Estudio comparativo del parasitismo intestinal, en una muestra de 406 niños de 0 a 10 años por examen directo y por el Método de Concentración de Faust. Tesis Doctoral. Escuela de Medicina. Universidad de El Salvador. 1948.-
- 10).- Casalá, A. M. Las Amibiasis Cutáneas. Tesis Doctoral. Argentina. Buenos Aires. Nov. 1952.-
- 11).- Goens, A y González, A. S. Contribución al estudio de la Amibiasis Vesical. Archivos del Hospital Rosales. Febrero, 1943.
- 12).- Cecil and Loeb. Tratado de Medicina Interna. 8a. Ed. Tomo I. Pag. 380 - 384. Editorial Interamericana, S. A. Mexico, 1953.
- 13).- Holt and, McIntosh. Tratado de Pediatría. 11a. Ed. Tomo II. Pag. 1189 - 1192. UTHA. Mexico, 1947.
- 14).- Amibiasis. Notas Terapéuticas. Parke, Davis. I. Co. Vol LII. No. 3. Pag. 62 - 65. Año 1959.
- 15).- C. del Pozo, Efraín. "Redacción". Revista de la Confederación Médica Panamericana. Vo. V. No. 4, Pag. 134 - 136. Abril de 1958.
- 16).- Spellberg, Mitchell A. M.D. "Enfermedades del Hígado". 2a. Ed. Pag. 206 - 214. Editorial Médico Científica. Barcelona España. Abril, 1957.-
- 17).- Manson-Bahr. "Enfermedades Tropicales". 14a. Ed. Pag. 484-527. SALVAT EDITORES. S. A. Barcelona. España. 1953
- 18).- Gordon McHardy, Willian W Frye. "AMEBIASIS". Disease - a - Month The year book Publishers. INC. CHICAGO. August, 1957.-
- 19).- Carri, E. L. y Cerrino, N. A. "Amibiasis Intestinal". El Día Médico. Año XXIII.- No. 54. Buenos Aires, Argentina. 1951.-

- 20).- Barley Pessoa, S.Parasitologia Médica. 5a. Ed. Pag. 63 - 165. Editorial Científica. Río Janeiro. Brasil. 1958.-
- 21).- "AMIBIASIS".- Publicaciones Winthrop Products inc. Nueva York., E. U. A. 1951

-----o-----