

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

FACULTAD DE MEDICINA

AMIBIASIS INTESTINAL Y EXTRAINTESTINAL

(REVISION DE 5 AÑOS 1958-1962.
TOMADO DE LOS ARCHIVOS DEL HOSPITAL ROSALES
Y DEL ARCHIVO DEL DEPARTAMENTO
DE ANATOMIA PATOLOGICA)

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR

FRANCISCA ELENA ESCOBAR BARRIENTOS

PREVIA A LA OPCION DEL TITULO

DE

DOCTOR EN MEDICINA

SAN SALVADOR

EL SALVADOR

CENTRO AMERICA

FEBRERO DE 1964



+
616.9353
E74a
1964
F Med.
kj.1

UES BIBLIOTECA CENTRAL

INVENTARIO: 10107053
6778

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

RECTOR

Dr. Fabio Castillo

SECRETARIO

Dr. Mario Flores Macall

F A C U L T A D D E M E D I C I N A

DECANO

Dr. José Vicente Arévalo

SECRETARIO

Dr. Alberto Morales Rodríguez

JURADOS QUE PRACTICARON

LOS EXAMENES DE DOCTORAMIENTO PRIVADO

CLINICA OBSTETRICA

Presidente : Dr. Roberto Orellana
Primer Vocal : Dr. Antonio Matheu Llort
Segundo Vocal : Dr. Armando Vaquerano

CLINICA MEDICA

Presidente : Dr. Luis Edmundo Vásquez
Primer Vocal : Dr. Ricardo Salvador Quezada
Segundo Vocal : Guillermo Rivera Palomo

CLINICA QUIRURGICA

Presidente : Dr. Salvador Infante Díaz
Primer Vocal : Dr. Mario Reni Roldán
Segundo Vocal : Dr. Roberto Avila Moreira

DOCTORAMIENTO PUBLICO

PRESIDENTE

Dr. Roberto Masferrer

Primer Vocal

Dr. Donaldo Moreno Bulnes

Segundo Vocal

Dr. Roberto Emin Hasbún

D E D I C A T O R I A

= = = = =

A MIS PADRES

Juan José Escobar

María Barrientos de Escobar

*con veneración y gratitud por que
de ellos es mi triunfo*

A MI HERMANA

Milagro Escobar de Ramos

A MI SOBRINA

Ana María Ramos Escobar

con todo cariño

A MIS MAESTROS

por sus valiosas enseñanzas

A MIS AMIGOS

A G R A D E C I M I E N T O S

Dr. Donalddo Moreno

Dr. Roberto Masferrer

Dr. Mauricio Carías Delgado

Dr. Roberto ~~Enin~~ Hasbún

por la colaboración prestada en este trabajo

P L A N D E T R A B A J O

Capítulo I INTRODUCCION

Capítulo II DEFINICION

a) Historia

b) Parasitología

c) Anatomía Patológica

Capítulo III MATERIAL DE TRABAJO

a) Casuística

b) Sexo

c) Edad

d) Síntomas

e) Laboratorio

f) Complicaciones

Capítulo IV TRATAMIENTO

Capítulo V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

INTRODUCCION

Reconociendo que el problema del parasitismo intestinal no ha perdido actualidad entre nosotros y aún se puede afirmar que se ha vuelto más agudo en vista de que las condiciones higiénicas y culturales de nuestro pueblo no han cambiado mayor cosa a pesar de la influencia notable de los adelantos modernos en los campos de la actividad social e industrial; también ha sido considerable el aumento del número de habitantes y por ello ha habido mayor problema en brindarles una educación en todos los aspectos satisfactoria, lo mismo que una aceptable vivienda, razones por las que tal problema no se aprecie disminuido y las que me indujeron, además del estímulo recibido de parte de mi maestro el Dr. Donald Moreno B., a estudiar el problema del parasitismo por *Endamoeba histolítica*, escogiendo como tema fundamental de mi tesis el de AMIBIASIS INTESTINAL Y EXTRAINTESTINAL.

Naturalmente que con este trabajo no se pretende presentar un tema nuevo o cosa parecida, sino que solamente hacer una revisión del estado actual o mejor dicho más reciente de la frecuencia con que se ha presentado la amibiasis en los servicios del Hospital Rosales, porque el material que ocupamos para este trabajo se tomó de los archivos que ese centro ha llevado durante los años comprendidos entre 1958 y 1962.

Cuando hablamos de amibiasis consignamos la división entre intestinal y extraintestinal puesto que es bien sabido la variedad de órganos que esta invade: al referirnos a amibiasis intestinal, solamente incluimos los

casos clínicos en los que se comprobó la presencia del parásito en las heces de los pacientes; al decir extraintestinal hablaremos expresamente de los casos comprobados con estudios parasitológico y de aquellos diagnosticados con riguroso criterio clínico y por la buena respuesta a la prueba terapéutica específica.

El trabajo comprende: Definición, Historia, Parasitología, Anatomía patológica, Exposición del material de trabajo, Conclusiones y Recomendaciones.

CAPITULO II

DEFINICION:

Amibiasis significa la invasión de los tejidos humanos por la *E. histolítica* (1), aunque otros autores (2) consideran que también pueden ser invadidos los tejidos por la *Dientamoeba fragilis* la que algunas veces puede provocar daño. Pero en este trabajo el concepto de amibiasis se toma en la primera forma citada.

HISTORIA:

En 1875 fué descrita por primera vez la *E. histolítica* que se encontró en las heces de un paciente que sufría disentería y al practicarle la autopsia lograron encontrar el mismo parásito en las úlceras del colon; la aislaron e inocularon en varios perros logrando producir en uno de ellos un cuadro similar al del enfermo encontrando también el parásito en las heces, y úlceras en el colon con la presencia del parásito en éstas; estos trabajos los realizó Loosh en San Petersburgo pero a pesar de ello no se atrevió a afirmar que fuera esta amiba la causante del cuadro disentérico, dándole al parásito el nombre de amiba coli.

Fué hasta 1886 que Kartulis afirmó que la amiba descrita por Loosh era la responsable de algunos casos de disentería; un año después se la encuentra en un absceso hepático y en 1904 en un

absceso cerebral.

En América fué Osler quien describe la amibiasis por primera vez, en 1890. (3)

Councilman y La Fleur describieron definitivamente la entidad clínica de la amibiasis y crearon el término de *DISENTERIA AMIBIANA*, llamando al parásito *Amoeba disenterie* Huber en 1903 describe los quistes. Y Craig fué quien en 1927 purificó un antígeno amibiano con alcohol absoluto demostrando que la amiba produce antígenos específicos que fijan el complemento. (4)

Cutler en 1918 fué quien por primera vez logró cultivar la amiba histolítica. (5)

PARASITOLOGIA:

Ya se dijo anteriormente que bajo este tema se mencionarán unicamente datos que recuerden en forma sintetizada su ciclo vital; este comprende dos formas principales: a) el trofozoito o forma ameboide, de vida activa y libre, se encuentra en los tejidos, exudados y deposiciones líquidas, siendo el causante de las lesiones intestinales y del síndrome disentérico; b) el quiste es la forma inactiva, capaz de vivir fuera del organismo a la temperatura ambiente durante 2 a 4 semanas; se encuentran en las deposiciones sólidas. Es ésta la forma causante de la infestación, debido

a que resiste el paso por el estómago e intestino delgado para volverse ameboide en el colon.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El sitio habitual de localización de la amiba es el colon: ciego, sigmoide, ángulo hepático, recto, colon transverso, ángulo esplénico y apéndice en orden de frecuencia. Es allí donde se encuentran las lesiones típicas causadas por la amiba: estas son pequeñas ulceraciones en la mucosa, con compromiso de la submucosa en forma más amplia dando la original característica "en forma de ojal" ó "en botón de camisa". Varias de estas úlceras pueden confluir por debajo de porciones de mucosa aparentemente sanas, las cuales quedan sin riesgo sanguíneo por lo que se esfacelan; del mismo modo la amiba puede penetrar hasta la muscularis y serosa llegando a producir la perforación de las úlceras, complicación sumamente severa. (1)

Puede suceder algunas veces que la amiba logre pasar al Sistema Porta llegando hasta el hígado en donde puede producir hepatitis o absceso de origen amibiano. Los abscesos amibianos de pleura y pulmón suelen ser consecutivos a un absceso localizado en la parte superior del lóbulo derecho del hígado. El absceso cerebral se produce también a través del torrente circulatorio. La amibia-

sis cutánea se origina por propagación de las lesiones intestinales a la piel de la región perianal o perineal o se observa en el lugar de rotura de un absceso amibiano en la pared del abdomen o en el drenaje de colostomía (4).

CAPITULO III

MATERIAL DE TRABAJO

Trataremos de ser en este capítulo lo más explícitos posibles al exponer el diverso material de trabajo; para ello recurrimos a analizarlo en forma ordenada ya sea por medio de cuadros y gráficas dando además la más clara explicación de éstos, con el objetivo primordial de que nuestros lectores tengan una idea clara de lo que se ha querido explicar.

Ya dijimos anteriormente que este trabajo se ha verificado haciendo una revisión de los diagnósticos de alta en el Hospital Rosales; tales diagnósticos fueron hechos con riguroso criterio clínico; además incluimos los casos autopsiados por el Departamento de Anatomía Patológica de ese mismo Centro.

Así encontramos en el cuadro No. 1 el total de casos de amibiiasis con sus dos grandes divisiones: Amibiiasis Intestinal y Amibiiasis Extraintestinal.

En el cuadro No. 2 se enumeran en orden de frecuencia y así los describiremos en el desarrollo del presente trabajo, los casos de amibiiasis Extraintestinal hallados en la revisión mencionada.

CUADRO 1

<i>Amibiasis intestinal</i>	191
<i>Amibiasis extraintestinal</i>	60
<i>TOTAL</i>	<i>251</i>

CUADRO 2

<i>Absceso hepático</i>	31
<i>Hepatitis</i>	26
<i>Amibiasis perianal</i>	2
<i>Absceso amibiano del pancreas</i>	1
<i>TOTAL</i>	<i>60</i>

AMIBIASIS INTESTINAL O COLITIS AMIBIANA

Así como en todos los tratados de amibiasis se afirma que el sitio habitual de infestación es el colon, provocándose el cuadro que se conoce con el nombre de colitis amibiana, así nosotros encontramos que el mayor número de amibiasis que se presentó en el mencionado centro, correspondió a tal entidad clínica en un 76% de todos los casos de amibiasis.

Los 191 casos de amibiasis intestinal (cuadro No. 3) que encontramos en la revisión, se encuentran divididos en la siguiente

forma de acuerdo al diagnóstico acertado o no que de ellos se hizo:

CUADRO 3

COLITIS AMIBIANA

<i>Colitis amibiana en vivos</i>	154
<i>Fallecidos diagnosticados</i>	17
<i>Fallecidos no diagnosticados</i>	20
<i>TOTAL</i>	191

En los casos fallecidos no diagnosticados es posible que haya jugado un papel importante, para que así sucediera, el hecho de que en varios de ellos existía una patología que llamara más la atención, para el caso, en uno de ellos existía una insuficiencia cardíaca congestiva.

CUADRO 4

RESULTADOS EN EXAMENES DE HECES EN COLITIS AMIBIANA

<i>Positivos en vivos</i>	154
<i>Positivos en autopsiados</i>	11
<i>Negativos en autopsiados</i>	6
<i>Autopsiados sin examen</i>	20
<i>TOTAL</i>	191

Según se demuestra en el cuadro No. 4, en todos los casos de colitis amibiana correspondientes a los pacientes estudiados, se comprobó la presencia del parásito en las heces, es decir en el 100% de los casos.

En 11 de los 17 casos diagnosticados antes de morir, se había comprobado la amiba en las heces.

Entonces tenemos que de los 171 casos en los cuales se hizo el diagnóstico clínico correcto, el examen de heces se encontró positivo en 166 de ellos es decir en el 86%.

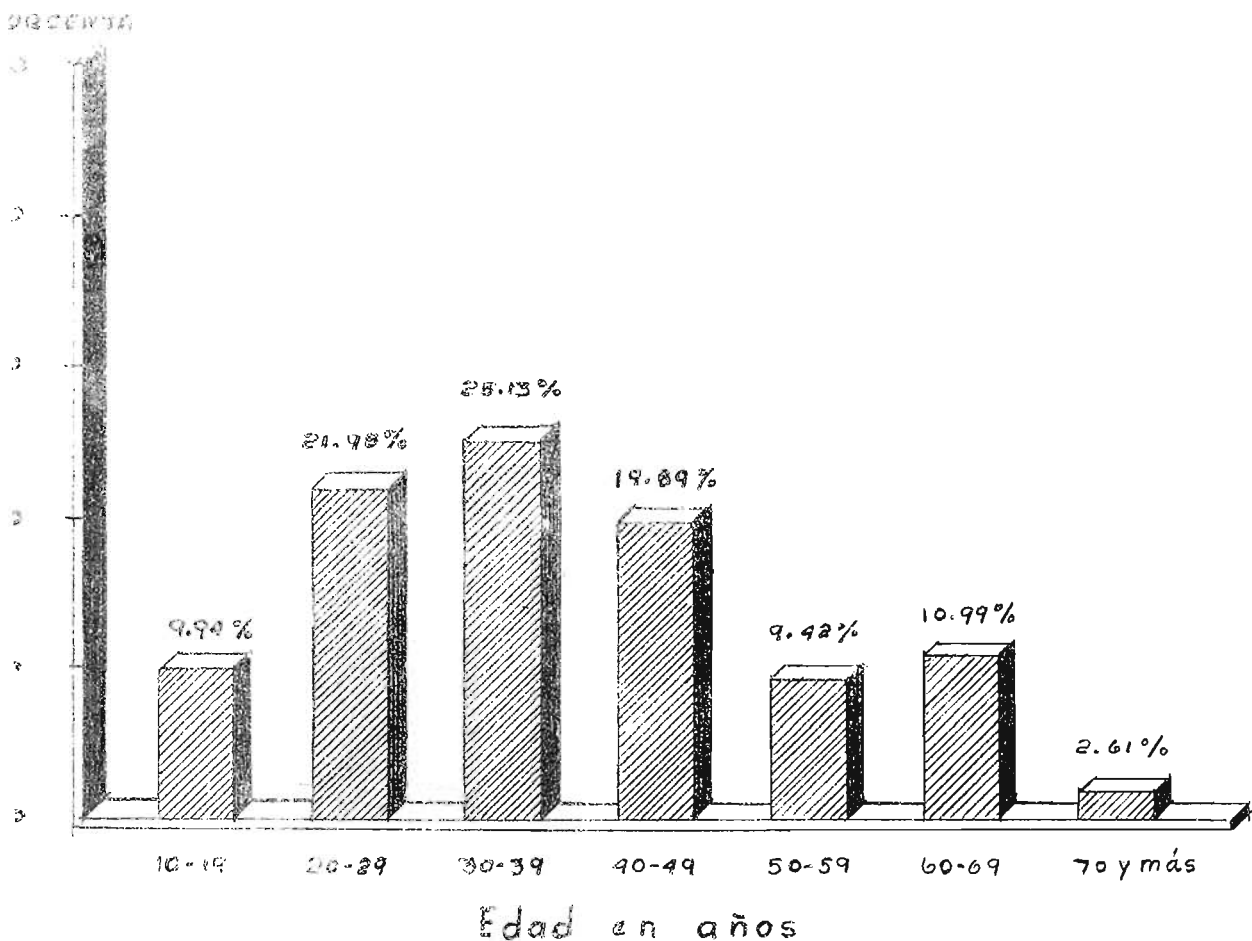
EDAD

Para exponer la frecuencia con que se presentó la colitis con respecto a la edad, se agruparon los casos en décadas y se comienza con la segunda (10 a 19), debido a que en el Hospital Rosales se admiten únicamente pacientes a partir de esta edad.

De acuerdo a la gráfica No. 1 es posible apreciar que la colitis amibiana se presenta con mayor frecuencia entre la tercera y quinta década de la vida; esto se encuentra en ligero desacuerdo con lo reportado por Graig-Faust (4) al citar a Eyles, Jones y Smith, cuando dice que "la mayor frecuencia ha sido hallada en individuos comprendidos entre los 26 y 30 años".

GRAF. N.º 1

DISTRIBUCIÓN DE COLITIS AMIBIANA EN DIFERENTES GRUPOS ETARIOS
REFLEXION DE 191 CASOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL ROSALES EN-
TRE LOS AÑOS 1958 á 1962



SEXO

Con respecto a la incidencia en los sexos, vemos de acuerdo al cuadro siguiente:

CUADRO 5

Masculino	83	43.45%
Femenino	108	56.55%
TOTAL	191	100.%

un ligero predominio en el sexo femenino, cosa que está en desacuerdo con lo reportado por otros autores (3 y 4).

SINTOMAS

En los gráficos 2 y 3 se presentan en forma porcentual los síntomas predominantes, o mejor dicho los que con más frecuencia se presentaron en las colitis amibianas diagnosticadas clínicamente y en las comprobadas por autopsia respectivamente.

En análisis de ambas gráficas la haremos en forma simultánea.

Vemos entonces que en orden de frecuencia, es la diarrea la que ocupa el primer lugar, presentándose en los primeros (vi--

vos) en el 88.3% y en los segundos (fallecidos) en el 86.48%.

El dolor abdominal en forma difusa, se presentó en el 83.7 y en el 86.48% respectivamente.

Ocupa el tercer lugar la presencia de sangre en las heces 70.1 y 72.97% respectivamente.

El mucus en las heces se presentó en el 70.5 y 62% respectivamente de las colitis amibianas revisadas.

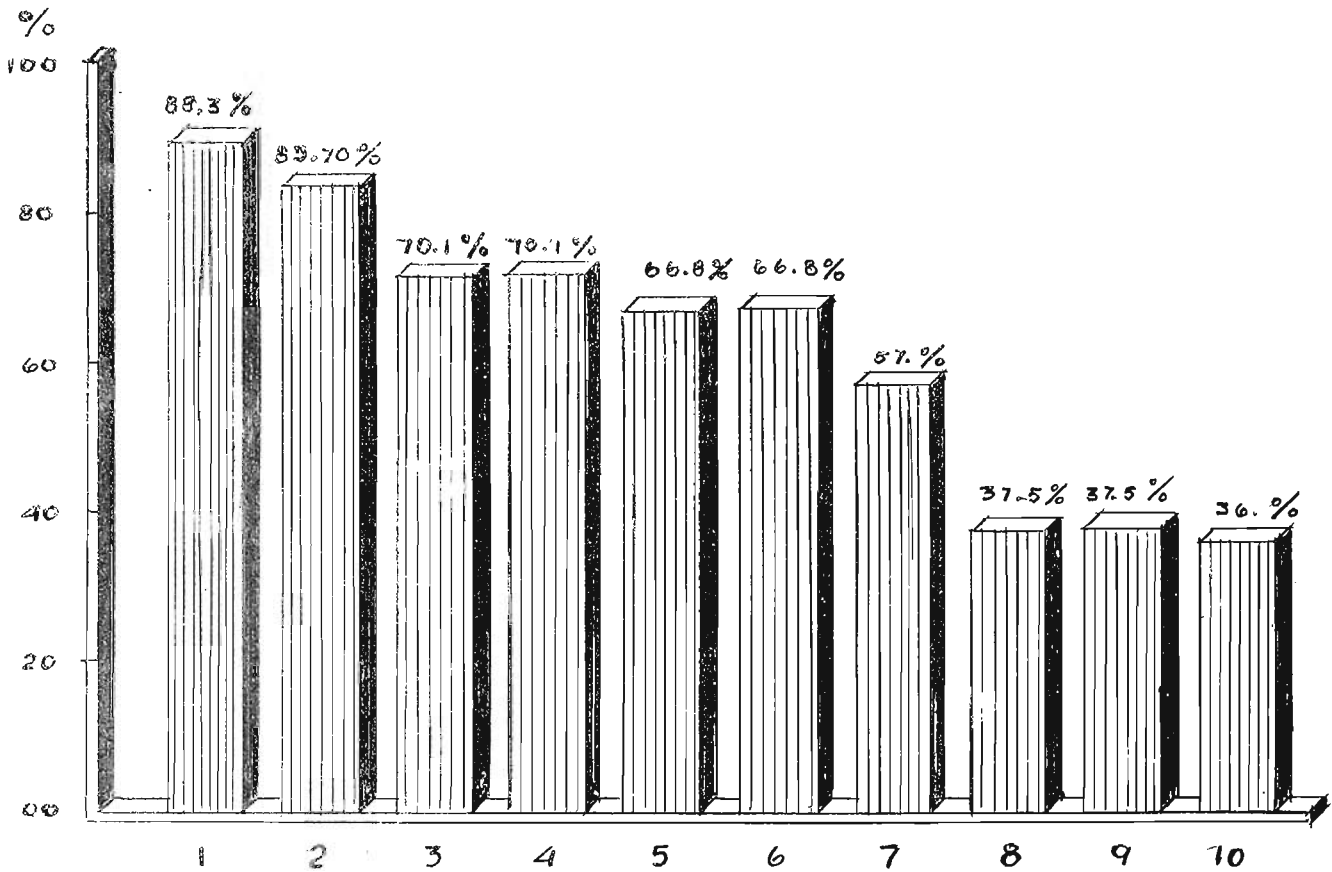
Pujo y tenesmo se presentaron en igual porcentaje en los primeros, 66.8%; en los segundos estuvieron arriba del 50%, para ser exactos, en el 54.05% y 51.08%.

Tomando en conjunto estos primeros cinco síntomas y signos, puede afirmarse que más del 50% de los casos de amibiasis intestinal, se presentó con un cuadro típico de disentería amibiana y que este síndrome se presenta en forma similar entre nosotros, a lo descrito en casi todos los estudios de amibiasis intestinal, en otros países.

La fiebre, llama mucho la atención, se ha presentado una alta frecuencia en ambos casos; en el 56.4% en los casos clínicos y en el 51.8% en los autopsiados; Mc Hardy y W. Frye (2) afirman que

GRAF. N° 2

SINTOMATOLOGÍA EN LOS CASOS CLÍNICOS DE COLITIS AMIBIANA



1 DIARREA

2 DOLOR ABDOMINAL

3 SANGRE EN HECES

4 MUCUS EN HECES

5 PUJOS

6 TENESMO

7 FIEBRE

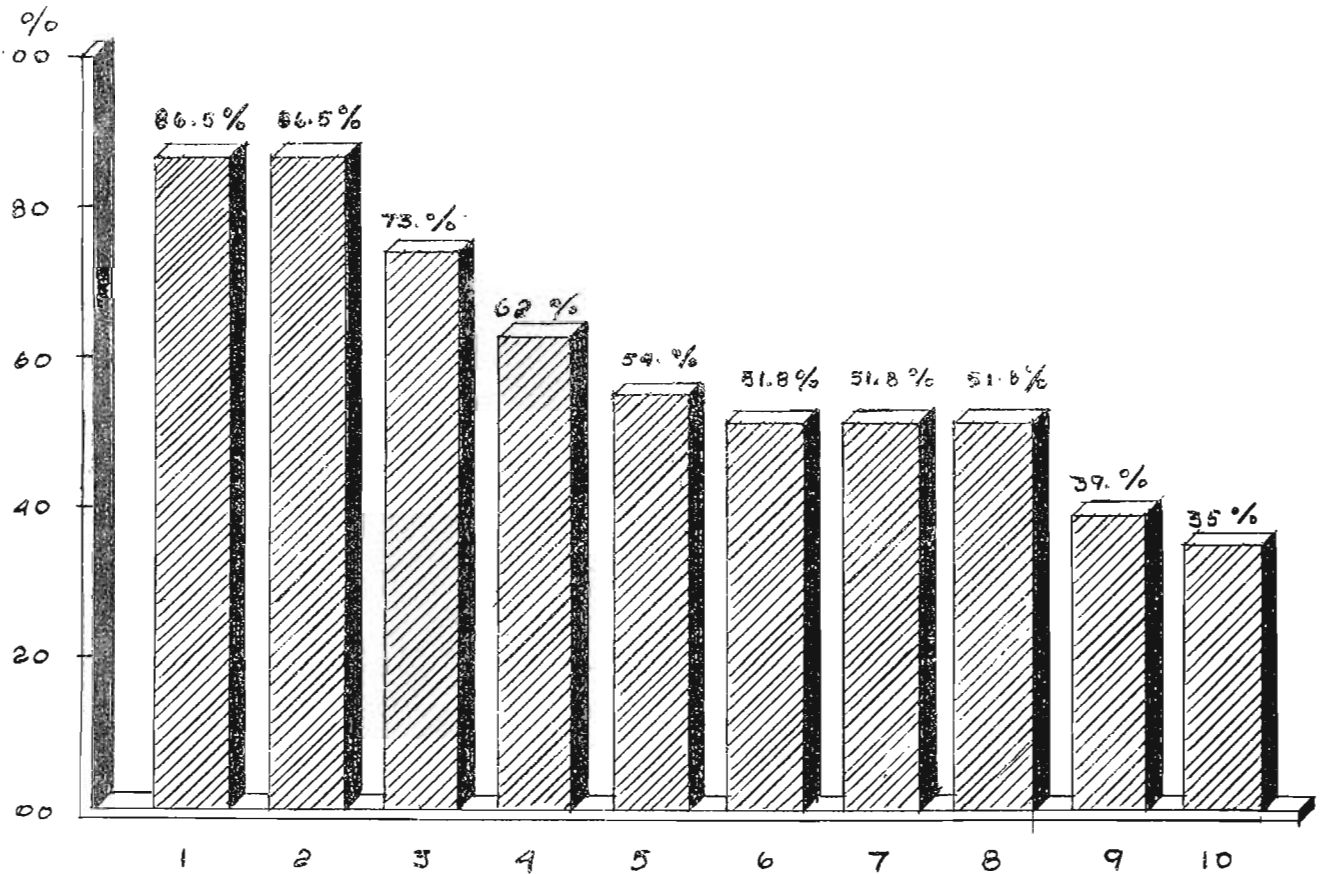
8 VÓMITOS

9 ANOREXIA

10 NÁUSEAS

GRAF. N° 3

SINTOMATOLOGÍA EN CASOS AUTOPSIADOS DE COLITIS AMIBIANA



1 DIARREA

2 DOLOR ABDOMINAL

3 SANGRE EN HECE

4 MUCUS EN HECE

5 PUJO

6 TENESMO

7 ANOREXIA

8 FIEBRE

9 VÓMITOS

10 NAÚSEAS

la presencia de la fiebre en los casos de colitis amibiana aguda es común; ellos reportan un 16.4% en 77 casos estudiados; en nuestra casuística llama la atención hacia la alta frecuencia con que se presenta. En los casos anteriores se encuentran incluidos los casos de colitis que tuvieron complicaciones, pero aún cuando se excluyan éstos, que fueron 32, quedarían 122 casos de colitis y en estos hubo 68 que presentaron fiebre o sea un 55.73%.

PROCTOSIGMOIDOSCOPIA:

Para complementar el estudio de las colitis amibianas se practicó Proctosigmoidoscopia en 45 de todos los casos clínicos y en 7 de los fallecidos; los resultados de tal procedimiento se resumen en el siguiente cuadro

CUADRO 6

PROCTOSIGMOIDOSCOPIA

<i>Mucosa con ulceraciones</i>	21	40.3%
<i>Mucosa normal</i>	13	25. %
<i>Granuloma</i>	2	3.8%
<i>Estrechez del recto</i>	3	5.7%
<i>Edema de la mucosa</i>	1	1.9%
<i>No satisfactoria</i>	12	23. %
<i>TOTAL</i>	52	

De todos los casos a los que se les practicó este examen, solamente en cinco no se había comprobado la amiba en las heces, estos correspondían a los casos autopsiados, a pesar de ello solamente en 23 casos se demostraron cambios significativos en la mucosa (úlceras y granulomas) que pueden considerarse de valor; lo que quiere decir que el resultado de tal examen fué positivo en el 44.1%; frecuencia francamente superior a la que presenta Mc Hardy-Frye (2) del 17.7% en sus 603 casos estudiados.

Podemos decir que debiera establecerse la Proctosigmoidoscopia como procedimiento de rutina entre nosotros, en el estudio de las colitis amibianas, ya que los autores anteriormente citados expresan que el hallazgo de lesiones es aún más valioso en los casos en que no se haya comprobado, en exámenes repetidos, la presencia de amiba en las heces. En las proctosigmoidoscopías que hemos revisado sólo se tomó Biopsia en 14 pacientes, de las cuales sólo ocho fueron positivas.

ESTUDIOS RADIOLOGICOS:

Se practicaron 23 estudios radiológicos de colon (cuadro No. 7), los resultados de ellos fueron contestados en la siguiente forma:

CUADRO 7
RAYOS X DE COLON

<i>Redundancia y espasticidad</i>	5
<i>Ulceras de tipo amibiano</i>	1
<i>Compatibles con amibiasis</i>	2
<i>Edema de la mucosa</i>	11
<i>Normales</i>	4
TOTAL	23

Según estos resultados, el estudio parece ser poco efectivo como ayuda diagnóstica de las lesiones amibiásicas del colon en nuestro medio, mucho más si tomamos en consideración el costo económico.

LEUCOGRAMA:

A todos los casos se les practicó leucograma, habiéndose encontrado leucocitosis en 72 de ellos (arriba de 10 mil) en 42 se comprobaba una franca neutrofilia.

COMPLICACIONES:

Dentro de este término se presentan las complicaciones clínicamente sospechadas y comprobadas por diversos estudios en algu-

nos de los casos de colitis amibiana. En el cuadro siguiente se enumera la frecuencia de tales complicaciones.

CUADRO 8

COMPLICACIONES

	Vivos	Autopsia	Total	%
<i>Absceso hepático</i>	4	3	7	3.6
<i>Hepatitis</i>	28	5	33	17.2
<i>Perforación intest.</i>	1	14	15	7.8
<i>Absceso pulmonar</i>		1	1	0.5
<i>Absceso subfrénico</i>		1	1	0.5

En 1 de los 4 casos clínicos diagnosticados de absceso hepático, se practicó drenaje quirúrgico obteniéndose pus achocolatado; de los 3 encontrados en las autopsias a ninguno se les practicó drenaje en vida.

La hepatitis es la más frecuente de las complicaciones reportadas.

Se produjeron 15 perforaciones y en 10 de ellas se logró practicar laparatomía exploradora logrando sobrevivir solamente uno; las 5 restantes no dieron tiempo a ser intervenidos. Se demuestra que de presentarse esta complicación el pronóstico se

vuelve muy sombrío, por lo que se presenta la obligación de mantener una alerta observación para que en el momento de manifestarse, se practique laparotomía, para evitar en lo posible un desenlace fatal.

Las otras dos complicaciones mencionadas, son efectivamente raras y fueron encontradas en autopsias.

AMIBIASIS EXTRAINTestinal

ABCESO HEPATICO:

Vamos a referirnos ahora a los casos clínicos catalogados exclusivamente con este diagnóstico; en la revisión que se hizo de los cinco años mencionados anteriormente, se encontraron reportados 31 casos solamente, lo que representa una incidencia del 12.81% con relación al número total de amibiasis que se presentan en este estudio.

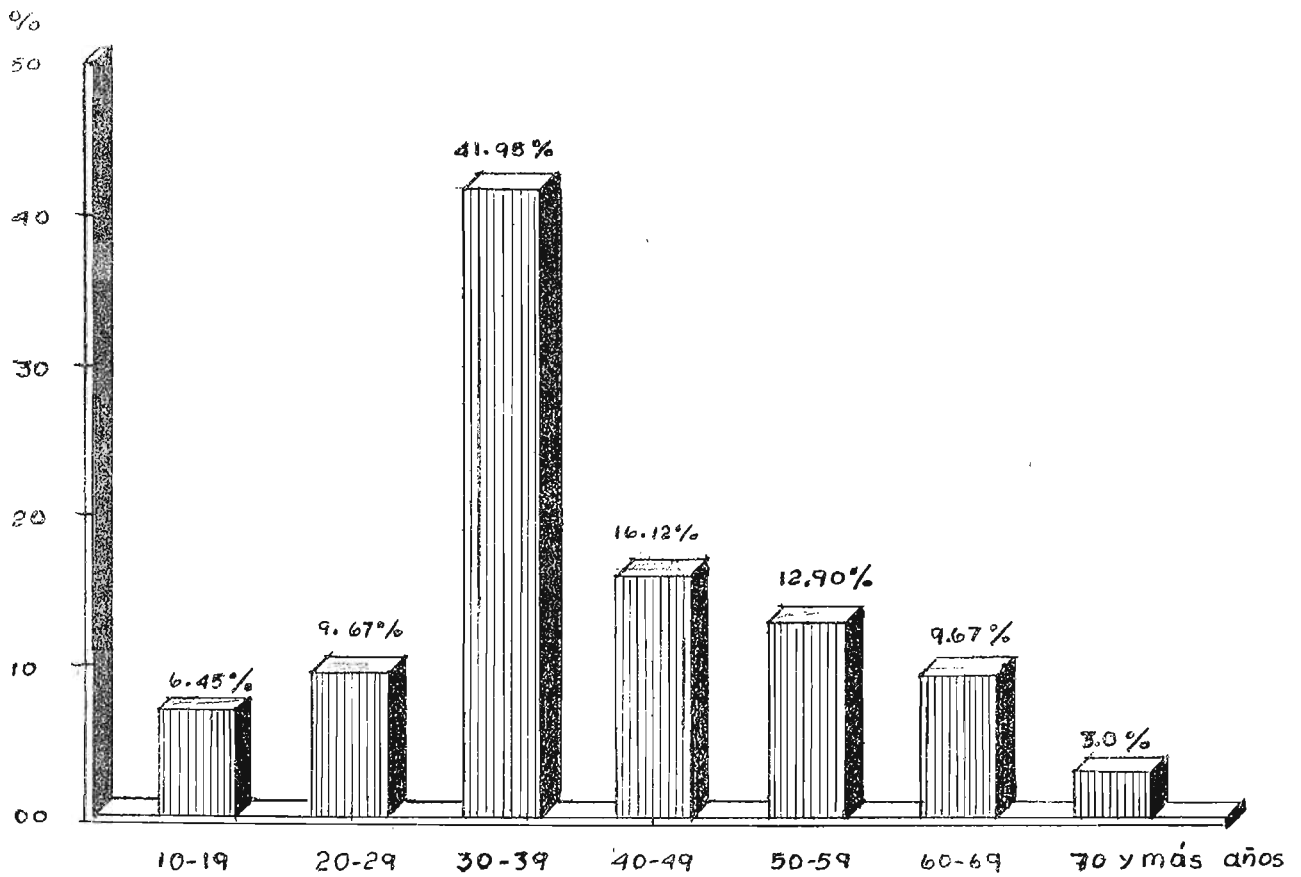
Observemos en el gráfico 4 la distribución y frecuencia con que este cuadro se presentó y de inmediato se aprecia la gran predominancia en la cuarta década de la vida con un 41.93%; el orden de frecuencia descendente es hacia mayor edad; siendo la menor frecuencia de los 70 años en adelante y en la segunda década de la vida; esto se encuentra de acuerdo con lo expresado por Spellberg (6) al decir que es más frecuente en los adultos jóvenes.

Encontramos como síntomas predominantes los que se registran en la gráfica 5; apreciamos entonces que el síntoma predominante es el dolor abdominal, que se presenta en el 100% de los casos.

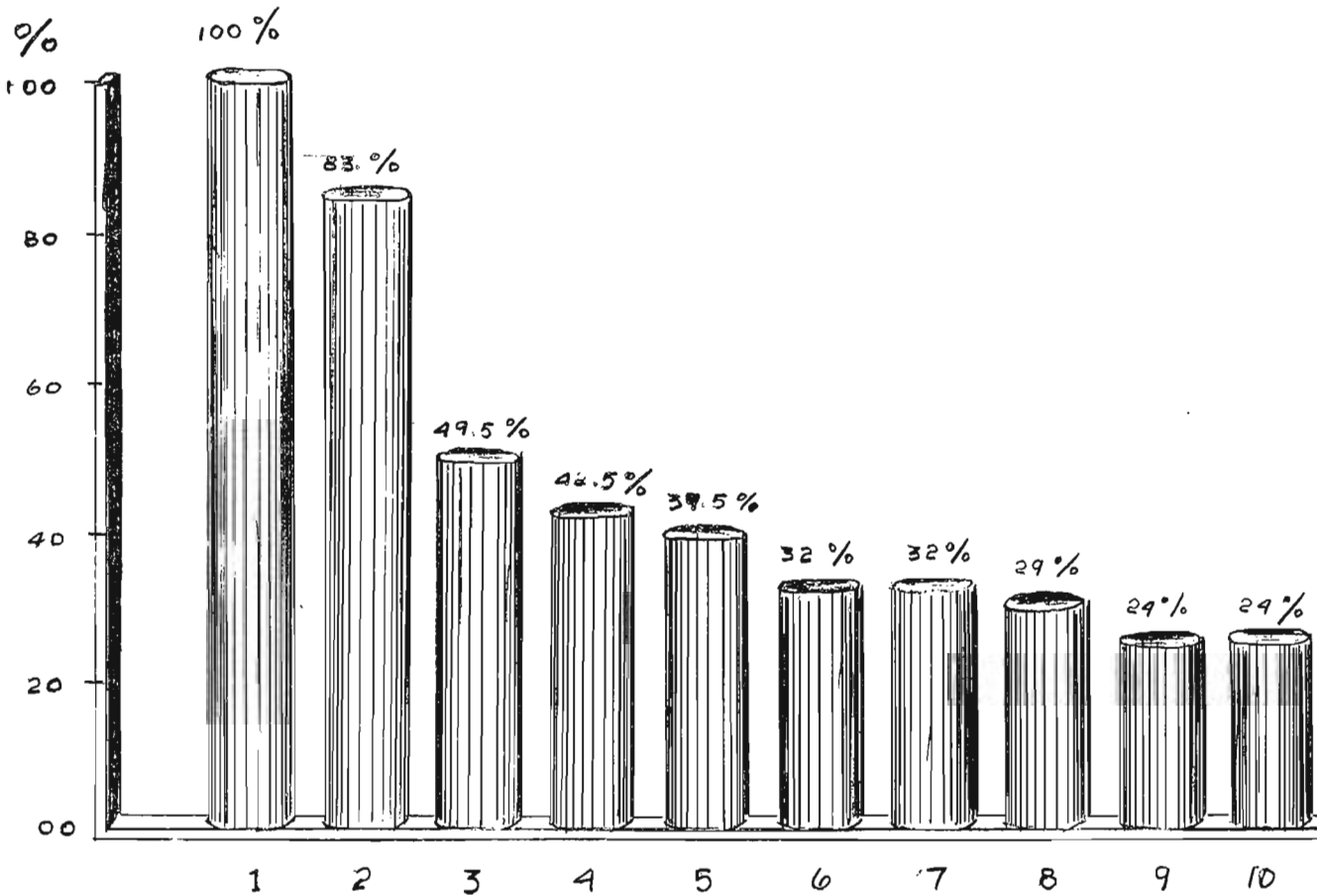
Fiebre se presentó en el 83.87%

GRAF N° 4

FRECUENCIA DE ABSCESO HEPÁTICO AMIBIANO EN DIFERENTES GRUPOS ETARIOS



SINTOMATOLOGÍA EN ABSCESO HEPÁTICO



1 DOLOR ABDOMINAL

2 FIEBRE

3 DIARREA

4 ANOREXIA

5 VÓMITOS

6 MUCOS EN HECES

7 SANGRE EN HECES

8 NÁUSEAS

9 PUJO

10 TENESMO

No se encuentra registrada en la gráfica la hepatomegalia, pero se encontró reportada en el 51.6%; cosa que está en desacuerdo con lo que se menciona en Spellberg (6) de que este signo acompaña el dolor abdominal.

Otro hallazgo que no se encuentra registrado en la mencionada gráfica es la parálisis o elevación del diafragma que se comprobó por estudios radiológicos y roentgenoscópicos (fluoroscopicamente) y que se encontraron en el 48.3% de todos los casos. Podemos asegurar en base a estos porcentajes, que cuando se presentan en forma ostensiblemente clara, los signos y síntomas mencionados, el diagnóstico será de Absceso hepático.

Si tomamos en cuenta la presencia de diarrea en el 48.38% mucus y sangre en heces en el 32.25% admitiremos que el absceso hepático es secundario a una amibiasis intestinal presente en forma activa y se estará de acuerdo con lo afirmado por Spellberg (6) cuando dice: "la invasión del hígado por la *E. histolytica* es secundaria a la enfermedad intestinal. No existe hepatitis alguna amébrica primaria o absceso amibiano primario del hígado".

De todos los abscesos hepáticos mencionados en este párrafo, solamente se practicó drenaje en 6 de ellos, los otros respondieron al tratamiento.

En ninguno de los seis casos drenados se logró encontrar el parásito en el pus.

SEXOS:

Encontramos reportados de la siguiente forma los abscesos hepáticos según el sexo.

CUADRO 9

S E X O

Masculino	24	66.66%
Femenino	7	33.33%
TOTAL	31	99.99

encontramos entonces un claro predominio del sexo masculino en una relación de 3 a 1 cosa que está de acuerdo con lo afirmado por los autores de la literatura revisada.

LEUCOCITOSIS:

Se practicaron leucogramas en todos los casos, los resultados fueron los siguientes:

CUADRO 10

L E U C O G R A M A S

<i>Leucocitosis</i>	21
<i>Leucopenia</i>	1
<i>Límites normales</i>	9
<i>TOTAL</i>	31

Es significativo el alto número de leucocitosis que se encontró, cosa que está también de acuerdo a lo reportado en la literatura mencionada.

Pruebas de función hepática no se practicaron en todos los casos sino que en escaso número de ellos; sus resultados no fueron significativos, del mismo modo lo reportan McHardy-Frye (2).

Proctosigmoidoscopías se practicaron 4, pero de ellas no hubo una que ayudara en el diagnóstico de lesiones de tipo amibiano en el colon.



HEPATITIS:

Encontramos diagnosticados como hepatitis en la revisión que hicimos, un total de 26 casos.

Su distribución según el sexo se presentó en la forma siguiente:

CUADRO 11

S E X O

<i>Masculino</i>	<i>15</i>	<i>57.76%</i>
<i>Femenino</i>	<i>11</i>	<i>42.3 %</i>
<i>TOTAL</i>	<i>26</i>	

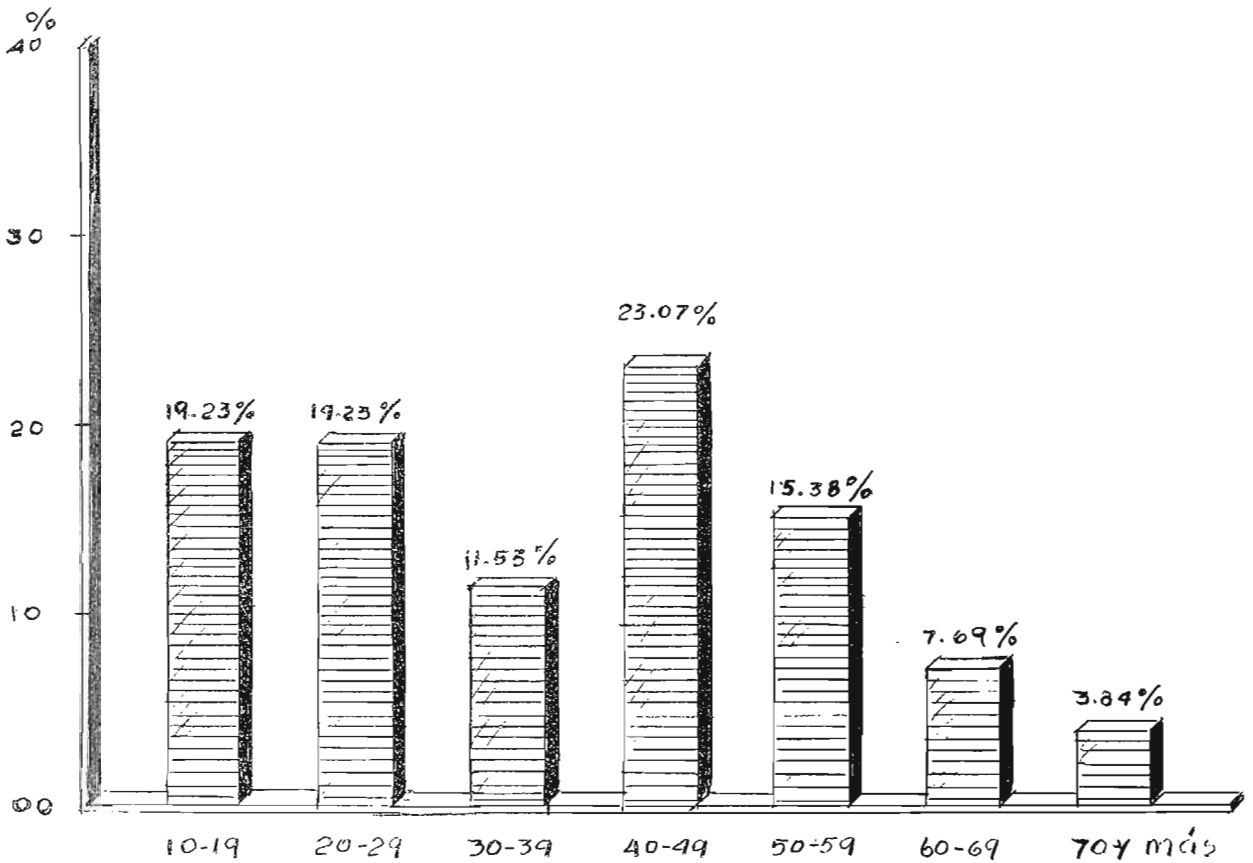
Apreciamos entonces un ligero predominio para el sexo masculino, lo que también está de acuerdo con lo que encontramos escrito en la literatura revisada.

EDADES:

La presencia de hepatitis en las diversas edades se encuentra resumida en la gráfica 6, obsérvase que en la segunda y tercera década el porcentaje es similar, 19.23%; hay un descenso en

GRAF. N° 6

FRECUENCIA DE HEPATITIS AMIBIANA EN
DIFERENTES GRUPOS ETARIOS



la cuarta, 11.53%; para tener en la quinta un franco y decidido aumento, hasta el 23.07%; siendo en esta edad en donde registramos la máxima frecuencia; si recordamos la edad en que con más frecuencia se presentaba el absceso hepático amibiano (4a. década) hallaríamos la diferencia y no se podría explicar claramente el porqué, si es bien reconocido y estudiado el hecho de que la hepatitis es el estado previo al absceso hepático; naturalmente que esta situación puede que se haya presentado así por ser tan reducido el número de casos de hepatitis encontradas.

SINTOMAS:

Preséntanse los síntomas en la gráfica 7; es, como se esperaba, el dolor abdominal el que ocupa la mayor frecuencia 96.15%, cosa similar al absceso hepático.

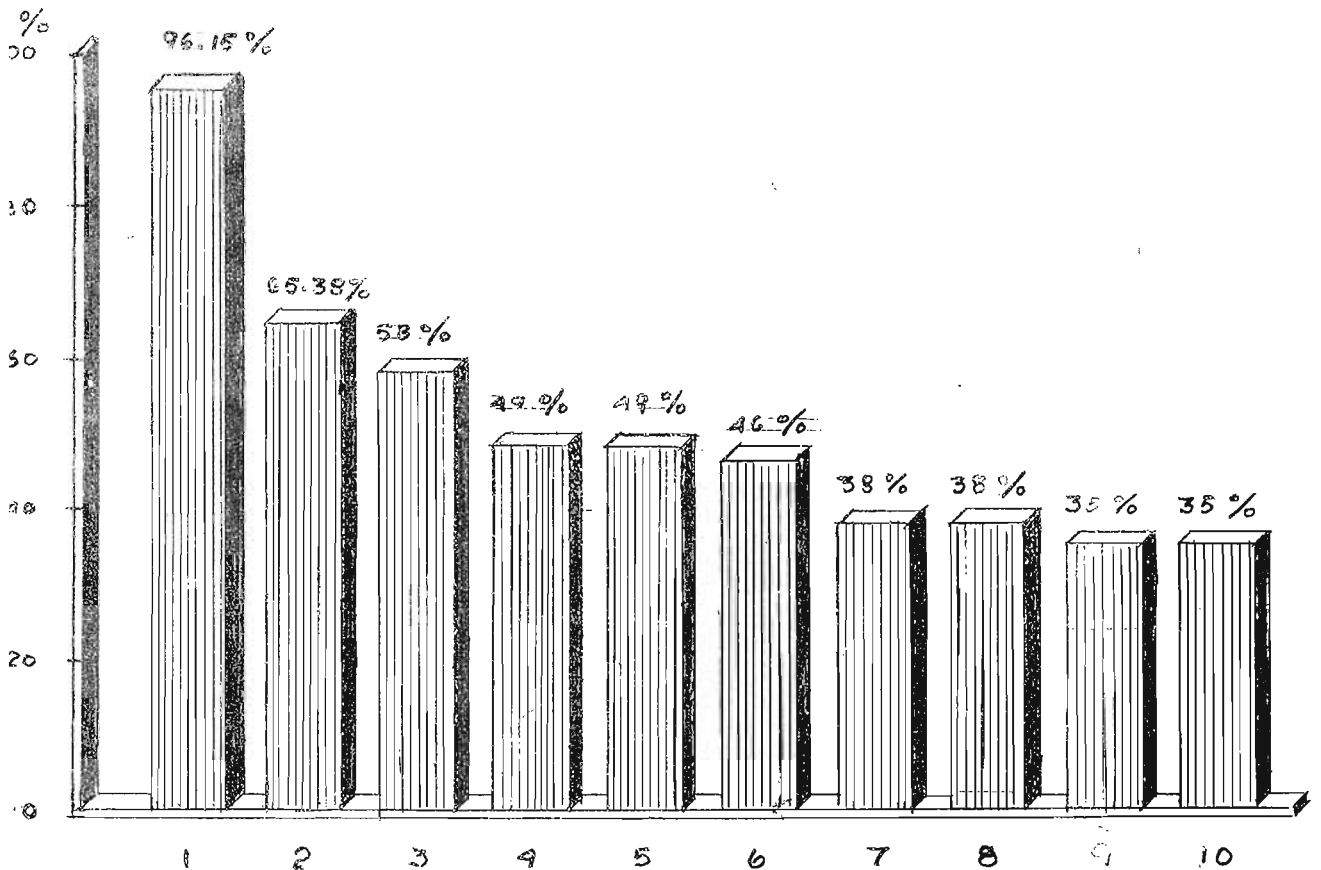
Diarrea se presentó en 65.38%, cosa aceptable si es sabido que las hepatitis son secundarias a una colitis.

Fiebre presentaron el 57.69%, explicable de acuerdo a lo reportado por todos los autores consultados.

Hepatomegalia se encontró presente en el 53.8%; llama la atención este porcentaje, lo mismo que el similar en absceso he-

GRAF. N° 7

SINTOMATOLOGÍA EN HEPATITIS AMIBIANA



1 DOLOR ABDOMINAL
2 DIARREA
3 FIEBRE

4 SANGRE EN HECES
5 VÓMITOS
6 MUCUS EN HECES
7 PUJO

8 FENESMO
9 NÁUSEAS
10 ANOREXIA

pático, porque está muy por debajo de lo que pone en evidencia Spellberg al exponer que ésta acompaña al dolor abdominal. hepatomegalia no está registrada en la gráfica No. 7)

RADIOGRAFIA

Se practicó estudio radiográfico a 22 de los pacientes resultados fueron como sigue:

CUADRO 12

RADIOGRAFIAS DE TORAX

<i>Elev. diafrag. D.</i>	7
<i>T.B. pulmonar</i>	1
<i>Normal</i>	14
<i>TOTAL</i>	22

ELUOROSCOPIA:

En los estudios fluoroscópicos se reportaron así:

CUADRO 13

FLUOROSCOPIAS

<i>Inmovil Diaf. D.</i>	3
<i>Normal</i>	2
<i>TOTAL</i>	5

Tanto los hallazgos radiológicos del absceso hepático como los de hepatitis no concuerdan con los reportes que hacen los diversos autores consultados, quienes acusan alto porcentaje de positividad en cuanto a los hallazgos compatibles con un compromiso hepático.

En 3 casos se practicó proctosigmoidoscopia y en sólo un caso se describieron pequeñas úlceras probablemente debidas a amibas.

Haciendo una observación comparativa de los casos que presentaron sintomatología de tipo disentérico, tanto en los casos de hepatitis como en los de Absceso hepático, encontraremos que el porcentaje es aproximadamente del 30%, cosa que está de acuerdo con lo que afirma Harrison (7).

A pesar de que hemos analizado como entidades diferentes la Hepatitis y el Absceso Hepático Amibiano no podemos afirmar categóricamente ante los signos y síntomas ya descritos para dichas entidades de que se trata exclusivamente de Hepatitis o de Absceso hepático Amibiano, salvo aquellos casos en que la exploración quirúrgica corrobore uno de los diagnósticos.

AMIBIASIS CUTANEA

Encontramos en nuestra revisión dos casos de amibiasis cutánea, localizadas en la región perianal; la forma en que se presentaron fué la de granuloma; fueron comprobados en su origen amibiano por medio de biopsia en las que se encontró la amiba histolítica.

Primer caso:

Masculino de 50 años, admitido en el hospital el 20 de Diciembre de 1961 por tumor sangrante y doloroso a nivel de la región perianal. Su sintomatología había comenzado 4 meses antes con prurito y ardor severo en el ano; en tres semanas se le desarrollaron llagas sangrantes las que lentamente cambiaron a una masa tumoral. Había sufrido síndrome disentérico 15 años antes.

La lesión era de tipo granulomatoso, fétida, sangrante, de color blanco apizarrado.

Segundo caso:

Masculino de 37 años. Admitido el 8 de mayo de 1962 por hemorroides incurables. Se le había practicado hacía 8 meses hemorroidectomía la que no logró curarle. Luego apareció tumoración

sangrante, dolorosa a nivel del ano, con ardor y prurito. Refirió que dos años antes había sufrido de disentería. La tumoración era granulomatosa y localizada en la región perianal. (8).

ABSCESO AMIBIANO DEL PANCREAS

M.R.M. Sexo: Masculino, Edad 31 años. Originario de Villa Delgado. Consulta por dolor en el epigastrio. (29-VI-59)

Historia: hace mes y medio estando aparentemente sano se le instala diarrea, cámaras pequeñas con gleras y estriás sanguinolentas en número de 8 al día aproximadamente. Pujo y tenesmo; 15 días después de iniciarse estos síntomas y con el propósito de aliviarse toma un purgante salino, aunque la diarrea desapareció los demás síntomas persistieron por lo que el paciente toma aceite de ricino, provocándole nueva crisis diarreica. Al mismo tiempo se le instala dolor epigástrico continuo con sensación de mordidas irradiado hacia ambos hipocondrios cuya intensidad aumentaba por las noches. Este dolor no le permitía el decubito ventral. Meteorismo y estado nauseoso. Anorexia. Perdida de peso.

Antecedentes personales: síndrome disenteriforme no consultado, 5 años, y uno y medio años antes de la presente consulta. Paludismo. Eruptivas de la infancia.

Examen físico: Temp. 36.9 Pulso 88/m. T.A. 110/70.

Adulto joven quejumbroso afebril, cabeza: neg. Cuello: neg. Cardiovascular: n.q.n. Abdomen: blando y depresible, doloroso a

la palpación, contractura muscular voluntaria. Hígado palpable a 2 traveses de dedo bajo el reborde costal derecho, sensible. Puñopercusión sumamente dolorosa.

Resto del examen negativo.

Impresión: Pancreatitis, Úlcera Péptica. Absceso Hepático Amibiano. Exámenes de laboratorio: Amilasa 35 unidades. R.X. de tórax y vías biliares: negativas. Fluoroscopia normal. Hanger: neg. Timol: 2 unidades. Bromosulfaleina 11% a los 45 minutos y 6% a los 60 minutos. Fosfatasa Alcalina 3.5 unidades. Serología: negativo. Hemograma: G.R. 4.150.000 Hemoglobina: 13 gr. G.B. 12.000. L. 18; N.80; E.2. Bilirrubina total 0.64 mgs% Bilirrubina directa: 0.26 a 0.44 mgs %. Bilirrubina indirecta 0.20 mgs %. Examen de heces: trofozitos de Amiba Histolítica.

Con el diagnóstico de Absceso Hepático Amibiano fué tratado durante 7 días con Aralen (Cloraquina) recibiendo una dosis total de 21 gr. Acromicina 1 gramo diario por 10 días. Iloticina 1 gramo diario por 6 días.

En vista de que el paciente no presentó ninguna mejoría con el tratamiento anterior se decidió practicar una laparatomía exploradora, encontrándose un absceso pancreático el cual se aspira obteniéndose pus achocolatado, se mandaron muestras al laboratorio y encontraron Amiba Histolítica.

Tratamiento post-operatorio: Reverin: 5 gr. Cloromicetin:

26 gr. Aralen: 3 gr. ~~E~~metina: 600 miligr.

Fué dado de alta asintomático después de 84 días de Hospitalización. 1 mes después es nuevamente ingresado con sospecha de una recidiva de absceso pancreático Amibiano. Fué tratado con Clorquina 1/2 gr. diario por 42 días. Su último control fué 15 días después de haber recibido su último tratamiento, presentando un cuadro diarreico y dolor abdominal. En el examen de heces persistían los Quistes de Amiba Histolítica, a partir de ese entonces no se ha vuelto a controlar.

CAPITULO IV

T R A T A M I E N T O

Debido a la irregularidad, falta de control y diversos métodos empleados en el tratamiento de los pacientes estudiados. Nos fue imposible hacer una tabulación de las drogas y dosis administradas por lo que nos concretaremos únicamente a mencionar el nombre de tales medicamentos: Emetina, Cloroquina, Arsenicales, Oxiquinoleinas Halogenadas y Antibióticos (Tetraciclina).

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



- 1 - Comparando los resultados que el Dr. Godoy reporta en su tesis (9) con los encontrados en este trabajo, se aprecia un franco aumento de esta afección durante los últimos cuatro años (1959-1962)
- 2 - El compromiso hepático es la complicación que con mayor frecuencia se ha presentado, correspondiendo a un 37%.
- 3 - La perforación intestinal ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las complicaciones, con un porcentaje de 7.8; su pronóstico es sombrío.
- 4 - En presencia de dolor abdominal, fiebre, hepatomegalia, diarrea, parálisis o elevación del diafragma, es necesario pensar en absceso hepático amibiano.
- 5 - Deben hacerse exámenes de heces en forma seriada en todo paciente que presente cuadro disenteriforme.
- 6 - En vista de la morbilidad y mortalidad y dada la irregularidad en el tratamiento, el cual ha sido incompleto e ineficaz y la dificultad de controles posteriores en dichos pacientes, sugerimos elaborar esquemas standard de tratamiento para que sean empleados a cabalidad en todos los hospitales de la república.

B I B L I O G R A F I A

- 1 - Cecil & Loeb. *Tratado de Medicina Interna*
8a. edición en español - 1961 - pgs. 380-383
- 2 - Gordon Mc Hardy - W. W. Frye *Amebiasis - Disease a Month*
Agosto 1957.
- 3 - Martínez Baez - *Manual de Parasitología Médica* 1953
pgs. 63
- 4 - Craig - Faust - *Parasitología clínica*-2a edición en español - 1961 - pgs. 185 a 216
- 5 - Tace - *Practice of Medicine* - Vol. 4 - 1959 pgs. 273
- 6 - Mitchell A. Spilberg - *Enfermedades del Hígado* 2a. edición
1957 - pgs. 206 a 214.
- 7 - Harrison - *Medicina Interna* - 1956 - pgs. 1059-1062
- 8 - O. Ramírez *Granuloma amibiano perianal* - *Revista*
- 9 - Godoy G. *Amibiasis. Tesis Doctoral* - Año 1959. *Universidad de El Salvador, Facultad de Medicina.*