

## AMEBIAISIS

### Observaciones sobre la incidencia y el diagnóstico de la infección Amebiana en Tegucigalpa

Por et Dr. Manuel Larios Córdoba

Quiero, bajo el nombre de Amebiasis referirme a la infección con Entameba Histolytica. De propósito he omitido el uso término Disentería Amebiana porque en la mayoría de los casos que me referiré más adelante, los síntomas principales de una disentería, como son la diarrea y las deyecciones sanguinolentas, ocupan un papel secundario.

Ciertos casos de Amebiasis que he observado recientemente, unos de ellos verdaderos problemas en cuanto a su tratamiento, llamaron mi atención re ciertos aspectos de esta enfermedad aquí en la capital, (os son tanto del orden etiología) como del orden terapéutico. El hecho de que el diagnóstico unitivo requiere la ayuda de laboratorio, nú<sup>1</sup> hizo consultar estadísticas de la Sanidad y del Hospital General. Estas, combinadas, arrojaron los datos siguientes: (1).

#### Exámenes de Heces *Fecales* Año Económico 1929-1930

|                 |        |
|-----------------|--------|
| Amebas.....     | 572    |
| Positivos.....  | 306    |
| Negativos.....  | 266    |
| Tricomonas..... | 93     |
| Lamblia.....    | 2      |
| Uncinaria.....  | 23,803 |
| Ascaris.....    | 12,511 |
| Tenias.....     | 1,132  |

Tenemos pues que hay un porcentaje de casos Positivos entre los examinados por Amebas o quistes en estos Laboratorios. Estos han sido únicamente los casos sospechosos de Amebiasis, es decir aquellos que presentaban algún síntoma de ésta infección. Los exámenes de Heces por parásitos los he consignado aparte porque éste examen, tal como se hace en nuestros Laboratorios, es totalmente distinto del examen por Amebas. La técnica es la siguiente: Para Amebas: Los Heces fecales son puestas en estufa incubadora a una temperatura de 37» C y diluidas o no según su consistencia. Al cabo de una media hora

se pone una partícula de heces diluidas sobre una laminilla y se le examina al microscopio con un **cubre-objetos**. La **Entameba Histolytica** se distingue por su movilidad **característica**, sus glóbulos **rojos dentro del citoplasma**, su núcleo etc. En calos agudos, con deyecciones sanguinolentas, **el número de glóbulos rojos englobados por las amebas** puede ser considerable. Los quistes se reconocen por BU tamaño muy **pequeño**, sus cuatro núcleos, su **envoltura**, etc. Si **el examen es por huevos de parásitos, las hoces** se flotan **en solución** salina concentrada, llenando **la** cajita que las contiene y cubriéndola con una laminilla. Al cabo de unos 20 o 30 minutos se examina la laminilla y se encuentran los huevos nadando en el líquido. Como *se ve* la técnica es distinta: en el segundo caso no hay incubación y bien puede una muestra contener huevos y amebas y sólo encontrarse los primeros.

Es de una importancia capital que el laboratorista que examine

las muestras sea experimentado en ésta clase de trabajo, que se pa usar el microscopio y distinguir las tres clases más importantes de amebas en el intestino del hombre: E. Histolytica, E. Coli y E. Nana. Aun así las dificultades en el diagnóstico son muchas. Hay que saber escoger las; muestras, Un enfermo puede pasar una deyección en amebas y dos horas, después otra en que éstas se encuentren únicamente después de un examen dilatado.

(1). Las cifras del hospital comprenden los meses de diciembre a agosto, mes, en el informe anual d United Fruit C<sup>o</sup> de 1926, dice a este respecto;

"El que trabaja en áreas donde la infección con Histolytica es común y quiera diagnosticar y tratar correctamente las variedades de trastornos gástricos que continuamente se le pre-

(1) Archivos de los laboratorios de la Sanidad y del Hospital, año económico 1929-1930.

sentan, tiene que estar preparado para reconocer ameba en las heces y **diferenciar la histolytica de** las otras amebas presentes en el intestino: E Coli, E. Butschii. Hay ciertas fases de Chilomastix, Tricomonas y otros flagelados que tienen mucha semejanza con la Histolytica."

Kofoid, de la Universidad de California, aconseja el uso de preparaciones fijadas *en fresco*, las que pueden ser transportadas para su diagnóstico en un laboratorio bien equipado. El *método* es el siguiente:

El frotis se hace en una laminilla e inmediatamente, antes de que se seque, se fija en la solución siguiente: (Licor de S-chaudinn,)

|  |           |
|--|-----------|
| Suero fisiológico.....                         | 65 c. c.  |
| Alcohol Etílico .....                          | 35 c. c.  |
| Acido Acético Concentrado.....                 | 3-5 e. c. |
| Solución saturada de Bioruro de Mercurio ..... | C. S.     |

Después de 10 minutos en esta solución la lámina se inmerce en alcohol etílico al 70% y después de otros diez minutos en alcohol etílico al 95%. En esta solución se endurecen toda la noche y al día siguiente se transportan en un envase lleno de alcohol etílico al 70%. Estas preparaciones las llama su autor "permanentes", y las probabilidades de encontrar histolytica con este método son mayores que con el método al fresco.

Todo médico **puede** tener en un **consultorio laminillas** y un **frasco de esta solución**, aun en lugares donde no hay laboratorios, **como** en los **departamentos; pero no todos pueden tener microscopio u la técnica y el tiempo necesarios para** esta clase de exámenes.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA.

—**Me referiré únicamente a las lesiones primarias de la Amebiasis, sin mencionar las lesiones remotas de las complicaciones. Las ulceraciones del intestino grueso** tienen su predilección por ciertos sitios. Clark en un **estudio** sobre 186 autopsias, (2) nos da los datos **siguientes; (Véase diagrama).**

Las lesiones del recto y del **sigmoide** pueden verse con el proctoscopio. En uno de mis casos las úlceras se veían con un rectoscopio corto y su cicatrización pudo seguirse **paso a paso** a medida que el **enfermo** mejoraba con el tratamiento. Los rayos X también pueden prestarnos una ayuda **invaluable** en la localización de estas ulceraciones. En **la conferencia sobre** problemas de Medicina Tropical, celebrada en Kingston, Jamaica, en 1924, por invitación del departamento médico de la

(2) Clark, H. C. "The **Distribution of Amebic Lesions in 186 Autopsies**" International **Conference on Helath Problema** in Tropical América. Boston, 1924.

**United Fruit Co, Vallerino** presentó un trabajo sobre el diagnóstico de las lesiones por medio de la radiografía. La lectura de su trabajo me indujo a **ensayar este método** en dos de mis casos, **pudiendo apreciar la localización** y el tamaño de las ulceraciones por los defectos de relleno visibles en el colón lleno de Bario. Las **ventajas de la radiografía** se aprecian cuando se trata **de seguir el curso** de la enfermedad después de usar tal o **cual** medicamento y me referiré **de nuevo a ellas** cuando hable del **tratamiento**. Basta decir aquí que las amebas atacan con predilección las acodaduras que **normalmente** presenta el intestino **grueso: el ciego, el ángulo hepático, el ángulo esplénico y la "S" sigmoidea.**

**SÍNTOMAS.**—**Loa** síntomas de **una** infección aguda son de todos conocidos y no pasan desapercibidos. Son los síntomas de la.; afecciones crónicas, ó más aun **latentes**, sobre loa cuales quiero llamar la atención. Estos pueden ser de los más variados, ca-

yendo bajo el nombre genérico de "dispepsia" "mal de estómago", etc. El enfermo experimenta sensaciones de dolor *m* los intestinos, algunas veces **verdaderos** cólicos. Estos sobre vienen de dos a cuatro horas **pues de las comidas, sin localización fija, tan luego es el I derecho como el izquierdo, agudos y fugaces, es decir, de corta duración.** Tales son los cólicos. Hay muchas **varias de este tipo clásico, a saber: dolores localizados al sigmoide, muy intensos al defecar toda urgencia de evacuar in testino, semejante a la urgencia de orinar producida por una cistitis.** También experimentan sensaciones de mareo al levantar se o inmediatamente después comer, lo que general).: enfermo atribuye a tal o cual alimento: la carne, las grasas etc.

Uno de los síntomas más constantes es una **alternabilidad entre una diarrea y constipacion intestinal.** El enfermo hace tres a cuatro asientos al

grandes, con o sin dolor, para cambiar dentro de tres o cuatro a un período de estreñimiento.

El apetito por regla general bueno y frecuentemente el enfermo muestra una marcada predilección por los hidratos carbono en todas sus **formas**: dulces, pan, etc. La anemia, la pérdida de peso y el color amarillento de la que nos hablan los libros, como síntomas importantes de una amebiasis aguda, no los he encontrado, ni creo que representen un papel importante en los casos de que me ocupo. Nótese que no me ocupo del síntoma de la disentería más común para el vulgo: las deyecciones sanguinolentas. Es síntoma lo menciono para indicar su rareza en los casos crónicos o latentes, pero ni un enfermo portador de amebas desarrolla una desinteria aguda, como pasó en dos de mis casos, síntoma es de suma importancia y viene a ocupar el primer lugar. Pero entonces ya se trata de una Amebiasis aguda con su sintomatología bien definida, la disentería amebiana clásica de los libros, de la cual s mi intención ocuparme.

**ASOCIACIÓN PARASITARIA.**—Entre otros **parásitos** intestinales asociados a la Ameba Histolytica he observado Trichomonas **Intestinalis**. Tricocéfalos y Ascaris Lumbricoides. Las Trichomonas son

fáciles de distinguir en las preparaciones frescas y su movilidad las distingue en el acto. Sin embargo, hay una fase del ciclo **evolutivo** de **Trichomonas Intestinalis** que bien puede confundirse con Histolytica activa, pero su diferenciación **definitiva** es cuestión de práctica en esta clase de exámenes. Nunca he observado personalmente Lambliia Intestinalis ni en las estadísticas de los laboratorios arriba citadas aparece este flagelado en asociación con Histolytica.

**TRATAMIENTO.**—Los innumerables preparados específicos contra la Ameba Histolytica prueban *que* no hay una preparación ideal para combatirla eficazmente. La emetina **es**, sin duda alguna, el específico contra la ameba en su forma libre, pero también es cierto que no ejerce una acción poderosa contra las formas enquistadas. En los casos crónicos de amebiasis de que me ocupo, el tratamiento que mejor resultados ha dado es el de cursos repetidos de emetina por la vía hipodérmica, combinados con lavados de Yatrén al 1 ó 2 % . Estos se ponen por la noche, después **de** un lavado **ordinario** de Empieza y se repiten lo más **posible**, mejor aún toda la noche. La solución debe hacerse en agua hervida, a una temperatura que no exceda de 80\* C. y debe usarse inmediatamente. La cantidad depende de la resistencia del enfermo y también de la lo-

calización de las lesiones, a juzgar por los puntos dolorosos al examen de palpación, imagen radiográfica, proctoscopia, etc. Por regla general de 200 a 500 c. c. Muhlens aconseja los lavados diarios al principio y después cada dos días. El **tratamiento** dura un tiempo variable **para** cada enfermo, hasta que los síntomas hayan desaparecido del todo y que repetidos exámenes dé las heces sean negativos por quistes o amebas activas.

La medicación por el recto es **esencial para** algunas autoras. **Además** de la acción **específica** de la solución empleada se **obtiene** la acción mecánica y **térmica**. El Profesor Dámaso Rivas, de la Universidad de Pennsylvania, trata la amebiasis con grandes irrigaciones colónicas

de simple agua -salada a la temperatura más alta que el enfermo pueda tolerar.

Otros medicamentos **usados** han sido; el yoduro doble de bismuto y emetina, tan afamado por los médicos americanos, el bismuto a grandes dosis, el jarabe de ipeca, los arsenicales y una preparación francesa llamada mebiasina. El yoduro doble *de* bismuto y emetina indudablemente es excelente, pero tiene el inconveniente de producir vómitos, diarrea, náuseas, lo que hace que algunos enfermos no resistan éste tratamiento. La preparación que he usado es un producto francés llamado "Bis-metina". Si el enfermo lo resiste es un coadyuvante excelente al yatrén.

Los arsenicales, el stovarsol,

salvarsán, etc. tienen bastantes partidarios entre los médicos que se dedican a ésta clase de enfermedades pero mi experiencia personal en ellos es muy limitada. El doctor Ricardo **Alduvin** dice haber obtenido buenos resultados con el acetylarsan, otro arsenical aliado al stovarsol. En el tratamiento de la amebiasis cabe, más que nunca, individualizar, haciendo de cada enfermo un caso especial, observando su tolerancia para tal o cual medicamento conforme a su constitución e idiosincrasia.

Los siguientes casos ilustran aspectos de la Amebiasis:

1"—I. S. de 15 años de edad: Amebiasis que data de 8 años, Comprobada por el laboratorio desde el año 1922. Síntomas: dolores en el bajo vientre, a manera de cólicos, dolores de cabeza, mareo, diarrea por períodos de una a dos semanas. Nunca ha detectado sangre. Ha repasado todo el arsenal terapéutico recomendado para la disentería amebiana: emetina, yatren en iras, rivanol, stovarsol, etc. Exámenes hechos en la Sanidad cada semana daban siempre el mismo resultado: amebas activas y quistes, otras veces solo es quistes de histolytica. Hace dos años hubo seis exámenes negativos pero los síntomas (dolores) persistían. Tratamiento: lavadas de Yatren únicamente, diarios, de 200 gmos. Al 18 lavado

se obtuvo el primer examen negativo se suspendió el tratamiento. Habían desaparecido los dolores, se sentía bien y su **dieta** incluía carne y **otros** alimentos que antes se los **producían**.

2o\_T. Z. F. de 18 años de edad, vecina de Comayagüela. Hace seis años tuvo disentería aguda que cedió a unas **inyecciones** de emetina. A los dos años de eso empezó a sufrir de diarrea moderada, tres o cuatro deyecciones diarias, alternado con períodos de constipación. Ligeros dolores intestinales, de **dos a tres horas después** de las comidas, **loa** que fueron acentuándose hasta aparecer como **verdaderos** cólicos acompañados de **nauseas** y vómitos. El examen de heces dio quistes de histolytica. **Tratamiento** : Un curso de 12 inyecciones de emetina cada dos **días**, alternando con lavados **de** Yatren en la **forma** arriba indicada. **Cada** semana se examinaban las heces y se vio que los quistes desaparecieron desde la **segunda** semana, cuando la **enferma llevaba** 12 inyecciones de emetina y seis lavados de Yatren. Durante la tercer semana hubo en examen positivo por quistes, pero estos **desaparecieron definitivamente**, al **quinto** examen. Llevaba ya 21 exámenes negativos. Se ha **suspendido** el tratamiento por **considerarla** curada pero cada dos semanas me manda una muestra para examen. 3"—R. M. de 56 años, vecino

de Alauca. Palúdico crónico, sifilítico, nunca había padecido de desintería. Tenía buen apetito y digería bien. Vino a consultarme sobre unos mareos al levantarse en la mañana. El examen de sangre dio por resultado Kahn positivo más 3. Examen de heces fecales: numerosos quistes, y amebas activas (pocas). Se le pusieron tres inyecciones de Salvarsán y se sintió tan bien que decidió **regresar a** su casa. Sin embargo pospuso su viaje porque el día anterior a la partida sintió mareo al levantarse. Este fue pasajero y ese mismo día un dentista *le* extrajo tres piezas dentarias cariadas. A los dos días le empezó una diarrea continua, dolores vivos en los intestinos, vómitos y gran debilidad. Fue conducido al pensionado del hospital San Felipe y un nuevo examen de heces dio este resultado: heces sanguinolentas, el campo del microscopio literalmente lleno de amebas activas con varios glóbulos rojos englobados por

éstas. En vista del pulso rápido y apenas perceptible, el médico del pensionado Doctor Manuel Molina, y yo no creíamos conveniente usar emetina. Se le administró bismuto en 1; ma de la pasta de Ravaut y la dos de Yatrén, pero el el continuó cada vez peor y **murió** a los siete días de su llegada al Hospital.

Este caso ilustra el hecho de **una** disentería aguda sin puesta a una amebiasis crónica que estalló con el cambio de clima y posiblemente de resultas de la reacción producida por extracción de las piezas dentarias, pues el enfermo tuvo i gingivitis ayuda con la consecuente infección de las cavidades de las piezas extraídas.

4-'—E. I. C. niña de seis años, vecina de Tegucigalpa. Habiéndosele encontrado en las heces huevos de ascaris y tricocéfalos se le dio un antihelmíntico con el que arrojó 20 lombrices comunes. Al examinar heces después, se le hizo un exa-

men por amebas y se encontraron quistes y amebas activas (histolytica). No tenía ningún síntoma de amebiasis y como el examen se repitiera arrojando el mismo resultado por tres veces so dispuso tratarla por medio de lavados do Yatrén, uno cada dos noches y seis inyecciones de emetina. Al terminar el tratamiento se le examinaron las heces y dieron un resultado negativo, repetido varias veces de entonces con el mismo resultado.

Casos como éste son los que llamo "latentes". Es decir, la infección está allí, pero todavía no ha producido ningún síntoma. No por eso deben dejarse pasar estos casos sin tratamiento, si-no más bien aprovechar este período asintomático para atacar las amebas.

r. h. niño de 9 años, vecino de Tegucigalpa. Historia de disentería aguda en Guatemala hace dos años. Curación aparente. Ahora se queja de diarrea alternado con constipación intestinal. Después de una semana o dos *de* hacer de tres a cuatro deyecciones diarias, la

diarrea desaparece y el niño defeca cada tres días, sin dolor, con cierta urgencia y sin sangre. Examen de heces: abundantes quistes de ameba histolytica. Tratamiento: emetina por la vía hipodérmica y un curso de lavados de Yatrén al 2%. Lleva va 10 lavados y se le han puerto doce inyecciones de emetina. Las heces todavía contienen quistes de histolytica.

He querido ilustrar en éstos cinco casos los principales síntomas de una amebiasis crónica. Como se ve cada enfermo presenta un cuadro clínico distinto y su tratamiento tiene que ser de acuerdo con la sintomatología e idiosincrasia del enfermo. Repito que posiblemente todas las drogas aconsejadas sean eficaces en la amebiasis. Su uso depende en la predilección y experiencia del médico por tal o cual medicamento.

#### RESUMEN

1.—La amebiasis (infección con ameba histolytica) es común en Tegucigülpa.

2.—La gran mayoría de 103 casos pertenecen al tipo de la in-

fección crónica y al de infección latente.

3.—La sintomatología es muy oscura por que en los primeros (crónicos) los síntomas son muy variados y en los segundos no hay síntomas **subjetivos**.

4.—Muchos casos indudable-mente pasan desapercibidos, por que la escasa sintomatología que presentan no hacen sospechar al médico la presencia de amebas. y el examen de heces, a **manos** que se haga especialmente con la mira de **investigar** éstos **parásitos**, generalmente no da la presencia de amebas.

5.—El examen debe ser hecho por un individuo experto en el manejo del microscopio y **que** sepa distinguir la histolytica **de las** amebas comunes **del** tubo digestivo.

6.—En la ausencia de un ex-

perto, cualquier médico práctica, aún en lugares remotos, puede hacer preparaciones "permanentes" y mandarlas a donde laboratorio de diagnóstico,

7.—No hay tratamiento efectivo contra todas las formas de amebiasis: probablemente *todos* medicamentos usados hoy día darán buenos resulta La constancia en el tratamiento es la clave del éxito. En los casos crónicos es indispensable tratar las amebas por el recto así como por la vía **bucal**. **Yatrén** en lavados es el me I mentó que mejor resultad" dado en mis manos.

8.—LA radiografía puede servirnos para localizar las lesiones, también para seguir **resultado del** tratamiento instituido.