

del año. De todos los diversos géneros y especies que han sido descritos la Entamiba histolítica es la única cuyo papel patógeno ha sido claramente establecido en el hombre. Este hecho ha sido demostrada por muchas estadísticas médicas hechas en diferentes países y por los estudios experimentales.

La Entamiba histolítica vive en los tejidos y se multiplica por simple división. Cuando las condiciones no le son propicias, adquiere una forma de resistencia: el quiste. Este quiste tiene cuatro núcleos; ingerido por el hombre, va a colonizar en el intestino grueso (ciego), dando nacimiento a cuatro amibas: una por núcleo que horadan la mucosa y la ulceran, y que pueden emigrar, por el mismo colon, hacia otros segmentos, o, por vía sanguínea, al hígado, al pulmón, o a otras regiones distantes.

Epidemiología

El hombre se infecta por la ingestión de alimentos o agua contaminada de quistes, verduras y ensaladas, crudas, por la posibilidad de que las plantas hayan sido regadas con aguas contaminadas. Los portadores de amibas contaminan los alimentos que venden o manejan con manos que poco antes anduvieron ocupadas en los menesteres de la "limpieza" después de la defecación. Y, así, contaminan el pan, los cereales, los dulces, y demás alimentos o golosinas. Las mescas, cucarachas y otros insectos que antes anduvieron en excrementos contaminan frecuentemente los alimentos, en la cocina o la despensa.

Distribución Geográfica

La disentería amibiana ha sido siempre considerada como una enfermedad tropical, pero, aunque es prevalectante en los trópicos, sabemos actualmente que puede ocurrir en cualquier parte en donde hay portadores de la Entamiba histolítica. Durante y después de la Guerra Mundial, los numerosos estudios de protozoarios hechos en Inglaterra, en el resto de Europa y en los Estados Unidos del norte, revelaron una sorprendente cantidad de portadores de esta amiba.

Sintomatología

El período de incubación es variable y difícil de calcular. Las amibas aparecen en las heces, frecuentemente, en un plazo de cuatro a seis días después de la ingestión de los quistes, pero el período que transcurre hasta la aparición de los síntomas es muy **irregular**.

Generalmente, la infección principia por una simple diarrea; esta, diarrea parece primero de naturaleza banal; pero poco a poco cambia de aspecto y se hace sanguinolenta al mismo tiempo; la defecación hace sufrir al enfermo. Las evacuaciones son frecuentes, primero, fecales; luego, conteniendo moco y sangre, 5 ó 6 cámaras en las 24 horas, o 10, 15, 20, en los casos graves, todos con cólicos, tenesmo rectal y vesical; pero sin fiebre.

Los dolores abdominales, es decir, cólicos o retortijones, aparecen en el momento en que el enfermo experimenta la necesidad de evacuar su intestino y desaparecen inmediatamente después, excepto en los casos graves, en que persisten en el intervalo de las deposiciones. El tenesmo está caracterizado por una sensación dolorosa en la región del ano con necesidad incesante de defecar, lo más frecuente sin resultado o con expulsión de una mínima cantidad de materias fecales. El paciente sufre de malestar general, la piel está seca, la cara, adquiere un tinte terroso característico, produciéndose un enflaquecimiento notable. Esta enfermedad evoluciona hacia la curación en una o dos semanas en los casos benignos.

Tratamiento

Se debe imponer a los enfermos reposo y dieta a líquidos o sólidos blandos y siempre que sea posible se administrarán vitaminas y jugo de frutas. Para el tratamiento específico existe una considerable variedad de drogas anti-amebianas de que se disponen en la actualidad. El clorhidrato de emetina, alcaloide de la ipecacuana, es la droga más valiosa en los períodos agudos de la disentería en evolución. La emetina se empleará exclusivamente por vía intramuscular. Cuando se administra subcutáneamente es muy irritante y produce nodulos dolorosos que pueden persistir largo tiempo. Se aconseja la solución acuosa de Clorhidrato de Emetina al 2% iniciando el tratamiento con las dosis de 0.04, 0.05, 0.06 centigramos, diariamente, continuando con esta última dosis hasta completar la dosis total de 0.80 centigramos. En caso de presentarse los efectos depresivos de la emetina se puede asociarla con la estricnina, un miligramo, en el momento de prepararla para la inyección.

Para calmar los dolores abdominales debe prescribirse Elixir paregórico: XX gotas tres veces al día o Láudano de Sydenham: XV gotas tres veces al día en agua corriente. Los arsenicales también están indicados en el tratamiento de esta afección; el uso del carbarsón se ha evidenciado como el medicamento de elección para la infección amibiana. Actualmente, algunos autores recomiendan la Aureomicina como el agente terapéutico más efectivo en el tratamiento de la amibiasis.

Profilaxis

La profilaxis es esencial para evitar la propagación de la enfermedad, consiste en tratar a los enfermos y a los portadores, que son fuente de contagio; desinfección de las deposiciones y de los sitios donde se alojan estos enfermos, evitar la ingestión de los alimentos que puedan haber estado en contacto con el agente de la enfermedad.

APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

Tratado *de* Patología Interna, por los Dres. Enriquez, **Laffitte**, **Laubry**, Vincent. Patología Interna, por el Dr. F. J. Collet. Amibiasis, por el Dr. Armando Bustos. Amibiasis **Intestinal**, por el Dr. J. G. Isabat. Sugestiones, N^o 165, mayo de 1949.