

Apuntes de Patología Médica Para Enfermeras

— ___ Por el **Dr. Martín A. Bulnes B.**

LECCIÓN VII

OTRAS VARIEDADES DE DISENTERIA



DISENTERIA

BALANTIDIANA

Esta forma de disentería es causada **por** el *Balantidium coli*, protozooario ciliado que generalmente radica en el **intestino** grueso. Este parásito, como ocurre a la *Entamoeba histolítica*, adquiere una forma de resistencia: **se** transforma *era* quiste. El *Balantidium* puede a veces vivir en el **intestino** del hombre como simple comensal inofensivo. Sin embargo, invade con frecuencia los tejidos y produce una colitis ulcerativa con síntomas disentéricos marcados.

ETIOLOGÍA

El *Balantidium coli* es un ciliado patógeno que ocasionalmente, infecta el colon y la porción dista del íleon del hombre, produciendo diarrea y disentería. Por experiencias hechas con monos y con el cerdo, algunos autores han demostrado la posible inoculación del parásito por vía rectal y su papel **patógeno**.

EPIDEMIOLOGÍA

Indudablemente, la infección se adquiere **por** la ingestión de quistes introducidos accidentalmente en la boca por los dedos contaminados o por alimentos o bebidas infectadas con excrementos de cerdo. La enfermedad afecta de manera especial a las personas que están en contacto directo con los cerdos, descuartizando res, preparadores de embutidos, etc. De lo expuesto se deduce que la diseminación de esta enfermedad está en relación, directa o indirectamente, con el transporte, manejo o ingestión de material infeccioso que proviene del cerdo.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La disentería balantidiana está prácticamente distribuida en todo el mundo, afectando principalmente a Centro-América, México y los Estados Unidos del Norte. Nunca ocurre en epidemias, sino que se presenta en forma esporádica.

SÍNTOMATOLOGÍA

Desde el punto de vista clínico, se manifiesta por diarrea, o por verdadero síndrome disentérico, análogo a la disentería amibiana. En los casos benignos la diarrea es hidromucosa, moderada o intensa, generalmente sin sangre en las heces. La constipación puede alternar con la diarrea. Autores norteamericanos han observado **estas** formas clínicas en varias ocasiones, en China, Panamá, Puerto Rico, Kentucky. La forma grave está caracterizada por abundante hemorragia intestinal, frecuentemente fatal.

Los pacientes que sufren de esta afección acusan cólicos abdominales, tenesmo, náuseas y vómitos, insomnio y pérdida de peso a causa de la deshidratación y de la escasa digestión y asimilación de los alimentos. A veces se observa palidez de la piel y de las mucosas y una anemia **secundaria** moderada.

TRATAMIENTO

Para esta enfermedad no existe tratamiento específico. Algunos autores aconsejan enemas con quinina (clorhidrato de quinina 0.75 centigramos, agua destilada 300 centímetros cúbicos). El carbarsón, administrado en la misma forma que en la amibiasis, ha sido efectivo en algunos casos.

PROFILAXIS

La profilaxis consiste en evitar la contaminación de los alimentos y bebidas con excrementos de cerdo, y en lavarse las manos cuidadosamente antes de las comidas.

TRICOMONIASIS



DEFINICIÓN

La Tricomonosis está caracterizada por diarrea, disentería, cólicos y tenesmo. Esta afección es producida por un flagelado: Trichomonas hominis. Es la tricomona más común que vive en el intestino grueso.

ETIOLOGÍA

El Trichomonas hominis ha sido acusado de causar diarrea y disentería, de ahí que se hayan considerado particularmente patógenas. Actualmente está aceptado, que en ciertos casos, el tricomonas es tan patógeno como la Entamiba histolítica.

MODOS DE CONTAGIO

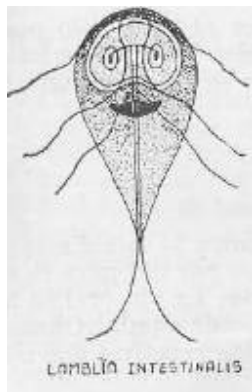
La tricomonosis humana es propagada por las moscas, por las manos contaminadas que llevan el parásito directamente a los alimentos y sobre todo por la vía hídrica. Experimentos llevados a cabo en la transmisión de tricomonas hómínis por cucarachas y moscas, indican que hay pocas probabilidades de la supervivencia en las primeras, en cambio la mosca que ingiere materias fecales puede depositar tricomonas vivas por vómito. Parece probable que las moscas desempeñen un papel importante en la transmisión de los flagelados.

SINTOMATOLOGIA

El cuadro clínico se inicia comúnmente por un síndrome disenteriforme, es decir, diarrea sanguinolenta, cólicos abdominales, tenesmo y malestar general. Las deposiciones son líquidas, espesas, algunas veces mucosas con restos alimenticios no digeridos. Frecuentemente el cuadro es grave y recuerda el síndrome coleriforme, con vómitos, diarrea profusa, sudor frío, calambres musculares, abdomen excavado, hipotermia y colapso. El tenesmo representa todos los grados de intensidad de uno a otro enfermo; en algunos son tan dolorosos y persistentes que impiden todo¹ descanso por la noche. La tricomoniasis puede pasar al estado crónico simulando algunas veces el cuadro de las colitis crónicas.

TRATAMIENTO

La esencia de trementina es el agente terapéutico más efectivo. La dosis de cuatro a seis gramos por día, en poción gomosa, es la forma más adecuada para el tratamiento de esta afección. El tratamiento debe repetirse por lo menos una vez, haciendo exámenes fecales cada mes durante varios meses después de la curación aparente.



LAMBLIASIS

DEFINICIÓN

Esta enfermedad está caracterizada por deposiciones diarreicas, serosas o sanguinolentas, acompañadas de cólicos y tenesmo. Esta afección es causada por un flagelado, la **GIARDIA** o **LAMBLIA**.

RESIDENCIA DEL PARÁSITO

La giardia radica en el duodeno, en la parte alta del intestino; es más raro

en la porción terminal del intestino delgado, y excepcional en el intestino grueso; a medida que el parásito desciende en el tubo digestivo adquiere una forma de resistencia: el quiste. El intestino grueso y el recto son el receptáculo de los quistes, que se encuentran *en las heces sólidas, principalmente, en cantidades a veces fantásticas, veinte millones por gramo, según algunos autores.*

MODO DE CONTAGIO

Un gran número de animales, en contacto directo con el hombre, están infectados con giardias; ratas, perros, gatos, conejos. Es posible que la contaminación se realice por los alimentos infectados con las deyecciones de dichos roedores. Se ha demostrado que los quistes pueden ser transportados por los insectos domésticos, de un lugar a otro; la mosca y la cucaracha desempeñan a este respecto un papel de primer orden. Estos insectos se contaminan en las materias fecales abandonadas al aire libre en nuestro medio rural, y después visitan la cocina en busca de residuos alimenticios y contaminan con sus patas los alimentos descubiertos y los platos limpios. Las aguas de bebida son también portadoras algunas veces de quistes; la ingestión de verduras crudas, regadas con estas aguas constituyen fuente de infección.

SINTOMATOLOGIA

La lambliasis se manifiesta frecuentemente bajo la forma disintérica, se caracteriza por deposiciones diarréicas serosas o sanguinolentas acompañadas de cólicos y tenesmo, sensibilidad dolorosa a nivel del cuadro cólico y meteorismo; las heces son del tinte amarillento y espumosas. Las alteraciones funcionales son vagas, cólicos que preceden a las evacuaciones, abombamiento del abdomen y falta de apetito. Existe otra forma clínica, la forma crónica. Esta se caracteriza por alternativas de diarrea y estreñimiento con fases de agudización.

Después de la curación de uno de estos ataques sólo pueden encontrarse las formas enquistadas de lamblia. Hay tendencia a la recidiva de tipo periódico, pero, al parecer, se adquiere una tolerancia al parásito.

TRATAMIENTO

La atebrina es la droga más valiosa contra la lambliasis. Las dosis empleadas han sido de 0.30 centigramos por día para el adulto; de 0.10 a 0.15 centigramos en los menores. La vía oral es la del elección, pero en casos de vómitos tenaces, puede administrarse por inyección mientras persiste ese síntoma. Puede repetirse dos o más tratamientos para eliminar la infección.

PROFILAXIS

Conocido el mecanismo de la infección, la prevención se logrará con una campaña enérgica a los insectos caseros, descubrir y curar a los portadores, principalmente entre los que manejan alimentos. Limpieza de verduras y purificación de las aguas.

DISENTERÍA BACILAR

DEFINICIÓN

Es una, enfermedad **infecciosa, contagiosa**, epidémica, caracterizada por una inflamación de intensidad variable, de la mucosa **del intestino** grueso, que se acompaña de deposiciones frecuentes, muco-sanguinolentas. Esta enfermedad es causada por el BACILO, DE SHIGA. Es rara en nuestro medio.

ETIOLOGÍA

La disentería bacilar es una infección específica causada por el bacilo disentérico, **del** cual existen varias cepas que se agrupan en cuatro clases: TIPO **SHIGA**, TIPO FLEXNER, TIPO **STRONG**, y TIPO Y.

MODO DE CONTAGIO

La enfermedad predomina en todos aquellos lugares donde existen condiciones que permiten la **contaminación** de los alimentos y del agua por las heces de individuos infectados. Hay que contar también con el papel diseminador de las moscas, que, después de haber estado sobre las materias fecales, contaminara con sus patas y su trompa, las manos, la cara y los alimentos. El hombre, portador de bacilos disentéricos, es el foco diseminador, y por sus deyecciones, el agente activo del contagio. La infección se presenta en grandes epidemias y también esporádicamente.

SINTOMATOLOGÍA

El período de incubación de la enfermedad puede variar entre veinticuatro horas a una semana o más. El período inicial puede manifestarse en forma benigna y simular una simple diarrea. Sea cual fuere el grado de gravedad de la disentería bacilar, el principio casi siempre es brusco y se acompaña de fiebre.

El cuadro clínico está caracterizado por dolores abdominales, diarrea **sanguinolenta**, tenesmo, náuseas y vómitos **alimenticios**. Las deyecciones son de una frecuencia extrema, repitiéndose cada diez o quince minutos; a veces el enfermo sufre de incontinencia de materias serosanguinolentas.

Los cólicos son de violencia extrema; el enfermo sufre atrozmente y lo expresa a veces por verdaderos clamores. El estado general es profundamente atacado; el sueño se hace difícil por la frecuencia de las defecaciones y el tenesmo. La extenuación es extrema, se observa enfriamiento de las extremidades, calambres musculares, anuria y extremada hipotensión arterial,

TRATAMIENTO

Actualmente, las **sulfonamidas** han proporcionado un medio terapéutico efectivo. Las drogas de elección, en orden de efectividad, y las dosis recomendadas son las siguientes:

SULFADIAZINA	1	gramo	cada	6	horas
SULFATIAZOL	1	”	”	”	”
SULFAPIRIDINA	1	”	”	”	”
SULFASUXIDINA	5	”	”	”	”
SULFAGUANIDINA	3.50	”	”	”	»
SUCCILSULFATIAZOL	3.50	”	”	”	”

La administración de las sulfonamidas debe continuarse hasta lograr la restauración orgánica. En la mayoría de los casos basta con cinco a ocho días de tratamiento. A fin de disminuir los riesgos de complicaciones renales durante la terapéutica con sulfonamidas es importante administrar con cada dosis de las referidas drogas dos o cuatro gramos de bicarbonato de soda disuelto en agua.

Smythe y sus colaboradores afirman que la **SUCCINILSULFATIAZOL** es tan eficaz como la **sulfaguanidina**, siendo menos tóxica y opinan, que debe ser la droga, preferida era el tratamiento de la disentería bacilar.

APUNTES BIBLIOGRÁFICOS

Medicina Tropical, por el Dr. Thomas T. Mackie. Parasitología, por el Doctor J. Guiar't. Enfermedades Tropicales, por el Doctor Manson Bahr. Zooparásitos comunes en el medio mexicano. Lamblisis, por el Doctor Francisco Bernal Flandes.