

## **Amibiasis I**

### **Consideraciones sobre la amibiasis en el Hospital San Juan de Dios**

por el

**Dr. Rodrigo Cordero\***

A pesar de la importancia de la amibiasis en nuestro medio, encontramos que el tema no ha sido abordado detenidamente, ni en publicaciones, ni en conferencias de nuestro medio médico, en el grado que su jerarquía lo amerita; fue así que decidimos, al plantearse los diferentes puntos a desarrollar como temas oficiales en este vigésimo séptimo Congreso Médico Nacional, escoger el tema de amibiasis, no solo por las enseñanzas que se pueden obtener al desarrollarlo y presentarlo, sino también para ubicar el problema entre los no resueltos y por su trascendencia, puntualizar los hechos que tiendan a mejorar nuestra conducta médica al abordarlo y plantear a las autoridades hospitalarias y sanitarias nuestras conclusiones y puntos de vista en beneficio de la colectividad.

Esto no quiere decir que desde hace mucho tiempo el tema no haya despertado interés, y así vemos como en la "Gaceta Médica de Costa Rica", Revista Nacional de Medicina, Farmacia e Higiene, aparecida el primero de Noviembre de 1896, aparece un trabajo del Dr. Gerardo Jiménez: CASO DE ABSCESO DEL HIGADO, OPERADO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS; esta primera comunicación de la Literatura Médica Costarricense sobre un caso de amibiasis, estudiado y resuelto con maestría desgraciadamente no ha sido seguida por muchas publicaciones, y casos idénticos al presentado por Jiménez hace sesenta y un años, llegan hoy día a nuestras salas hospitalarias, manteniendo vivo el problema clínico y sanitario.

---

\* Sección de Medicina, Hospital San Juan de Dios.

A fin de conocer mejor la realidad de nuestro problema de amibiasis solicitamos a la Sección de Estadística del Hospital San Juan de Dios, las cartulinas o historias clínicas de los últimos cinco años, en las cuales se consignaban como diagnósticos finales los siguientes: amibiasis, absceso hepático amibiano, colitis amibiana, disentería amibiana, colitis sin especificar la causa y hepatitis sin especificar, con el objeto de obtener todas las posibilidades de análisis del material hospitalario.

Se analizaron las cartulinas, gran cantidad de las cuales fueron desechadas, por no corresponder ni en forma de sospecha a cuadros clínicos ocasionados por la amiba. Se estudiaron en forma sistemática en cada documento médico los siguientes datos:

SEXO, EDAD, PROCEDENCIA, CUADRO CLINICO, EXAMENES DE LABORATORIO, ESTUDIOS RADIOLOGICOS Y OTRAS EXPLORACIONES ESPECIALES (RECTOSIGMOIDOSCOPIA), RESULTADO DE LA NECROPSIA CUANDO LA HUBO, EVOLUCION, TRATAMIENTO, DIAS DE ESTANCIA.

Se encontraron 132 casos, en los cuales el diagnóstico final fue el de amibiasis, sin embargo en los cuales, el análisis cuidadoso de la cartulina no nos permitió aceptar el diagnóstico con seguridad ya que no se encontró la presencia del protozooario en el examen de heces, no hubo comprobación rectosigmoidoscópica, tampoco la presencia de pus demostrable en el hígado, ni prueba terapéutica convincente ya que si bien la mayoría de estos casos recibieron tratamiento anti-amibiano, éste fue unido a otras drogas, que pueden ser curativas para otros tipos de colopatías o hepatopatías y por lo tanto no fueron concluyentes en favor de prueba terapéutica.

Este grupo de pacientes (132) merece cuidadosa atención al examinarlo, la gran mayoría de los casos se refiere a casos de diarrea o disentería, algunos pocos a hepatitis, en los cuales se hizo un sólo examen de heces, el cual resultó negativo por amiba histolítica y habitualmente el proceso curó con diversas drogas usadas para el tratamiento de amibiasis, principalmente Emetina y Carbarsone, pero simultáneamente fueron usados antibióticos múltiples, Sulfaxusidina, antidiarreicos y tratamiento tendiente a mejorar el estado general tal como sueros, vitaminas, etc., es muy posible, siguiendo un punto de vista puramente estadístico y clínico que la mayoría de estos casos correspondieron a amibiasis, sin embargo en nuestro hospital, sólo excepcionalmente se hacen los diagnósticos de disentería bacilar, colon irritable y colitis de otras causas, por lo que creemos que nuestros médicos, ante la mayoría de los casos con semiología colónica o diarrea, disentérica o no prefieren el diagnóstico de amibiasis, consignados sin mayor discriminación. Por otro lado encontramos 120 casos, en los cuales si hubo una comprobación satisfactoria de amibiasis, nuestro criterio para establecer firmemente el diagnóstico en estos casos, ha sido el de hallar la amiba histolítica en las heces, o en su defecto la comprobación operatoria de pus amibiano en el hígado, y los hallazgos rectosigmoidoscópicos de ulceraciones

típicas de amibiasis encontradas por explorador experto, vemos que estos casos debidamente comprobados fueron en menos número que los no comprobados, ambos lotes suman 252 casos, en hospitalizaciones realizadas en cinco años.

Nos ha llamado mucho la atención y estoy seguro que, a quienes oyen este trabajo también, la cantidad exigua de amibiasis encontrada en este material, ya que el material examinado corresponde a un número de 139.070 ingresos al hospital, y nos sorprendió especialmente al hacer comparaciones con estudios realizados en el exterior, en países que lógicamente han de tener índice de infestación semejantes al nuestro y así vemos que en Argentina (Castex y Greenway) en 20.000 exámenes encontraron un porcentaje de 13.5%. Faust en Panamá 16.70 en el Hospital. Hernando Grot en Bogotá en 7.860 en 20.6% y en general las encuestas realizadas en la mayoría de los países Latinoamericanos y aún en los Estados Unidos, muestran cifras mayores que en las encontradas en el Hospital San Juan de Dios de San José. En un trabajo reciente, del Hospital de Enfermedades de Nutrición de México, encontramos al mismo tiempo que la discrepancia en número, algunos hechos, que explican, en buena parte esa misma discrepancia, así vemos Peña y Ruiloba en el estudio de 13.000 expedientes de ese Hospital, encontraron amibiasis en 3.000 lo que da un índice de infestación de 23.07%, pero al analizar estadísticamente los diferentes cuadros clínicos vemos lo siguiente: que el 63% vistos por ellos, tuvieron una forma clínica, vaga en su principio, caracterizada por dolores cólicos, molestias abdominales difusas, brotes de constipación y diarrea, meteorismo y en ocasiones moco en la evacuación, además citan otro grupo que corresponde numéricamente al 30% en los cuales no había sintomatología alguna, es decir se trataba de portadores, lo que da un total de 93% de formas leves las cuales por el criterio restrictivo que usamos para hospitalizar en el San Juan de Dios, son pacientes que no ingresan a nuestras salas hospitalarias, por lo demás es nuestro criterio personal que la existencia de heces positivas por amibas, no siempre debe ser rígido para achacar los síntomas colónicos que ostenta el paciente como debidos a la amibiasis, en efecto, son muy numerosos los casos, comprobados en la experiencia personal que ocasionalmente tienen un examen positivo por amebas y que una vez realizado un tratamiento adecuado los pacientes siguen presentando semiología colónica reiterada, es nuestro criterio, que gran parte de estos pacientes son simples portadores y que la amiba no juega ningún papel en el cuadro clínico, el cual en la mayoría de los casos puede achacarse a colon irritable una de las manifestaciones más frecuentes y desapercibidas de los neuróticos.

En favor de este criterio se encuentra el trabajo de Faust quien realizó 209 autopsias en sujetos muertos accidentalmente y clínicamente sanos. Tomó muestras de materia fecal, porciones de mucosa y biopsia de tejido a diferentes niveles del colon. En 13 casos la amibiasis fue demostrada por algunos de estos métodos. Todas las muestras fueron obtenidas dentro de las primeras cuatro horas que siguen a la muerte.

Hallazgos de Faust:	Nº de Casos
Con lesiones y amibas en los tejidos	6
Con erosiones superficiales y amibas en el moco	5
Con quistes y lesiones	5
TOTALES	13

Hay desde luego otros aspectos, que explican la diferencia numérica encontrada en nuestro material y las encuestas realizadas en otros países, esto se aprecia muy claramente en el trabajo realizado en los servicios de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, por dos Bacteriólogos Ruiz y Lizano Cecilia, que realizaron estudios coproparasitarioscópicos en 200 niños, usando métodos directos, concentración de Faust y tinción por la hematoxilina de Mallory, las diferencias son tan notables que con el método directo la incidencia de amibiasis fue del 2.5%, con el método de Faust del 7% y con la coloración por la hematoxilina el porcentaje subió al 14%.

Los resultados de la comparación con las estadísticas extranjeras y con la investigación realizada en nuestro propio material por Ruiz y Lizano, son obvios y ameritan de inmediato una mejor investigación de la amibiasis en nuestro material hospitalario y en los centros de asistencia relacionados al Ministerio de Salubridad Pública.

#### Análisis de los casos comprobados de Amibiasis:

Número de casos 120	
Forma disintérica	{ Aguda ..... 51
	{ Crónica ..... 20

Estas formas no tienen problema clínico especial, ya que se trata de casos con clásica disentería, la cual se presenta por primera vez la que agrupamos como forma aguda, o bien se ha caracterizado por brotes disintéricos repetidos, debe llamarse la atención en estos casos la habitual condición de fondo con grave ataque al estado general y desnutrición.

Ameboma ..... 1

en este caso caracterizado por brotes repetidos de disentería y grave ataque al estado general se encontraron datos radiológicos que motivaron el diagnóstico radiológico de cáncer del colon, el tratamiento con Emetina hizo desaparecer rápidamente el cuadro clínico y se obtuvieron placas de control que indicaron la curación del colon el diagnóstico se realizó por el resultado positivo de amibas en el material obtenido en la rectosigmoidoscopia.

Forma colítica no disintérica ..... 8

Forma más benigna que las anteriores, ya que no existe un cuadro disentérico, son enfermos con cuadro crónico de variada semiología colónica, en la cual predomina el dolor abdominal de tipo cólico, el estreñimiento alternando con diarreas, meteorismo post-prandial, son pacientes en que habitualmente el estado general no se altera en forma considerable, de este grupo de pacientes amibianos pocos se logran hospitalizar en el San Juan de Dios ya que o son atendidos en consulta externa o son remitidos a otros centros asistenciales hospitalarios o no, haciendo cuidadosa investigación de amibiasis por métodos más acuciosos que el simple método directo que es el usado rutinariamente en el Hospital, este grupo es seguramente el más numeroso como forma clínica de la amibiasis, sin embargo como ya ha sido señalado es el que amerita mayor acuciosidad diagnóstica para no confundirlo con otras colopatías principalmente con el colon irritable, forma de sufrimiento intestinal muy frecuente en nuestro medio.

Hepatitis amibiana .....	6
Forma mixta, disentérica y hepática .....	7

Consideramos definitivamente que la discutida forma de hepatitis amibiana es una realidad clínica y anatomopatológica, de acuerdo con los criterios expuestos por Sodeman, es extraordinariamente importante hacer el diagnóstico de amibiasis hepática en esta forma que puede considerarse como presupurativa dado que el tratamiento es rápidamente curativo (Emetina-aralen) y que se evitaría las formas mortales de amibiasis, es necesario pensar en la amibiasis, y el clínico para establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuado no debe esperarse a demostrar la presencia del pus en el hígado. Hepatomegalia dolorosa, en paciente febril, deben ser motivos de sospecha y muchas veces de indicación de tratamiento, se debe investigar simultáneamente la presencia de datos radiológicos en la base del pulmón derecho, así como la cinesia diafragmática, y al encontrar frecuentemente leucocitosis, con estos datos, no es necesario ni prudente esperar otras pruebas de amibiasis, tales como antecedentes disentéricos, en la mitad de los casos ausentes, punción hepática positiva, o presencia de lesiones rectosigmoidoscópicas evidentes.

Abceso hepático .....	21 casos
-----------------------	----------

La progresión del cuadro clínico anterior conduce al absceso del hígado, enfermedad grave, que ya plantea muchas dificultades diagnósticas (colecistitis, empiema vesicular, pleuresía purulenta-tuberculosis pulmonar-bronquiectasias basales-cáncer del estómago-cáncer del hígado). Se caracteriza por cuadro febril sostenido, hepatomegalia, ocasionalmente ictericia, complicación pulmonar de la base derecha muy frecuente, con datos radiológicos que se analizarán posteriormente, leucocitosis habitual, grave ataque al estado general en la gran mayoría de los casos.

Todos los casos que murieron de este grupo de pacientes, correspondie-

ron a absceso del hígado, con cuadro prolongado, desnutrición y caquexia, la medicación específica en la condición terminal es ineficaz y el tratamiento quirúrgico con drenaje abierto, de resultados malos.

9 casos de muerte en 21 casos: porcentaje ..... 42.8%

Otros datos estadísticos:

Hombres ..... 72 casos  
Mujeres ..... 48 casos

EDAD POR GRUPOS: de un año dos meses a 90 años.

Edad	Casos de amibiasis	Casos con absceso hepático*
0-10	33	1**
11-20	13	1
21-30	19	4
31-40	24	8
41-50	7	4
51-60	8	1
61-70	7	1
71-80	2	1
81-90	6	0

\* El mayor número de casos corresponde a varones jóvenes de la segunda a la cuarta década. En esta serie es dos veces más frecuente el absceso hepático en el hombre que en la mujer.

\*\* La mayor incidencia en el grupo de 0 a 10 años, es explicable en parte por lo menos debido a que la sección de pediatría cuenta con laboratorio independiente al del resto del Hospital, donde se hacen menos exámenes de rutina que en el Laboratorio Central.

El análisis de los datos estadísticos de la procedencia de los enfermos, no nos ofrece gran interés, ya que está condicionado por la ubicación de nuestro Hospital y aunque se han recibido pacientes con amibiasis en sus diferentes formas clínicas de las siete provincias de la República, la gran mayoría de los pacientes corresponden a la provincia de San José, siguiendo en orden de frecuencia las provincias de Puntarenas y Limón.

La estancia hospitalaria osciló entre 1 día a 98 días con un promedio de 20.5 días, con un costo aproximado de ₡ 357.00 por paciente (U. S. \$ 60).