Acta Médica Cost. 15(3) 221-225; 1972

# Un Caso de Amebiasis Pleuropulmonar Diagnosticado por Biopsia Pleural

Dr. Guido Miranda *
Dr. Michel Nisman **
Dr. León Troper ***

## INTRODUCCION:

Algunos de los conceptos patogénicos de la amebiasis extra-intestinal no son todavía claros. Las diversasf posibilidades de diseminación demostradas en la ruta hematógena o linfática, así como la respuesta del hígado, tanto en su estructura parenquimatosa como en la de sostén, a la infestación aguda y crónica, son los dos hechos más importantes para que la discusión se mantenga todavía vigente. Desde el absceso hepático típico, como expresión de forma aguda, hasta la llamada "hepatitis crónica no supurativa" (1), la modalidad de cuadros clásicos por ameba histolytica sorprende por su variedad y pleomorfismo.

Desde el punto de vista clínico, esto ha significado que una serie de padecimientos hepáticos o pleuropulmonares de etiología oscura, deben ser considerados hipotéticamente como amebiasis, e investigados y hasta sometidos a la prueba de tratamiento: la biopsia de hígado, o pleura con aguja de Vim-Silverman, es uno de los valiosos procedimientos a emplear para aclarar estas incógnitas (2), (3), (4), una de las cuales presentamos a continuación:

I. B. C., de 49 años, procedente de Liberia, sobre clínica Nº 181.742. ingresó en noviembre, 1964.

## ANTECEDENTES PERSONALES:

Paludismo a los 20 años, fumador moderado. Internado en 1961 por úlcera gástrica; gastrectomía subtotal por la misma causa en 1962. En ambos internamientos los coproparasitarios fueron negativos.

## ENFERMEDAD ACTUAL:

Ingresó el 7 de noviembre de 1964. Comenzó 4 meses antes con un cuadro febril a predominio nocturno, con sudoración profusa, dolor en región lumbar derecha que se irradiaba a región escapular homolateral, que se exa-

* Sección de Medicina Hospital México.
** Sección de Medicina Hospital Rafael Angel Calderón Guardia.
*** Servicio de Anatomía Patológica Hospital Rafael Angel Calderón Guardia.

cerbaba con el ejercicio y calmaba con el reposo. Desde la misma época disuria no muy marcada, sin tenesmo, pero con orinas color rojo oscuro. Cuatro días antes de su ingreso presentó un acceso de tos intensa, seguida de expectoración mucosa mezclada con sangre fresca. Al mismo tiempo, dolor severo en la región mamaria derecha que se exacerbaba con la tos. No hay aumento de la temperatura; anorexia marcada, adinamia, pérdida de peso no cuantificada.

EXAMEN FISICO:

No coopera durante el interrogatorio. Temperatura bucal 37.2º C. Facies de toxi-infectado. Palidez de tegumentos. Polipneico, con tiraje intercostal alto y bajo; no hay cianosis. Presenta expectoración mucosa con sangre rutilante y accesos de tos frecuentes. Tórax: simétrico, con poca motilidad de lado derecho; matidez con vibraciones vocales, disminuidad y abolición del murmullo alveolo-vesicular en todo ese hemitórax. Corazón de tonos fuertes, ritmo regular de 120 por minuto. P.A. 120/70. Abdomen blando, depresible, indoloro, sin organomegalias.

LABORATORIO:

Heces: sin parásitos. Hb. 10.10 grs. %. Ht. 34 cc. Leucocitos 7.100, 2 eosinófilos. 10 bandas, 67 segmentados, 18 linfocitos, 3 monocitos. V.S.G. 110 mm./ 1 hora.

Orina, sedimentos y pruebas de ictericia: normales.

Las radiografías de tórax mostraron un velamiento de densidad homogénea de casi todo el hemitórax derecho (fotos 1-2).

Punción pleural: líquido sanguinolento: no se encontraron células neoplásicas ni bacilos ácido-resistentes. El cultivo del líquido pleural para bacilo de Koch fue negativo: por bacterias dio estafilococo dorado patógeno. La búsqueda de amebas en el líquido y en el esputo, recogido en formol, fue negativa.

El 25 de noviembre se le practicó una biopsia de pleura parietal derecha, con aguja de Vim-Silverman, en el cuarto espacio intercostal y línea medioclavicular. En el estudio histológico se encontró (foto 5) abundantes neutrófilos, pequeña cantidad de tejido granulatorio y células con núcleo pequeño con cariosoma central y a veces eritrocitos en el citoplasma semejantes a trofozoitos de endamoeba histolytica.

Se inició tratamiento con dosis diarias de Clorhidrato de Emetina: 60 mg. al día; Cloroquina: 0:60 grm.; Oxitetraciclina 1 gramo, por un periodo de 12 días.

A los pocos días hubo una marcada mejoría; disminuyó la fiebre, mejoró el apetito, la expectoración dejó de ser hemorrágica y de volumen menor. Al final del tratamiento, asintomático.

Desde el punto de vista clínico, hubo curación del proceso pleuro-pulmonar. Radiológicamente persistió un derrame pleural basal, con extensa paquipleuritis y expansión incompleta del pulmón derecho, por lo que el paciente fue puesto en observación y finalmente se envió a cirugía ante la persistencia colapso parcial pulmonar.

En enero del 65 se le practicó una decorticación del pulmón derecho, con muy buena evolución. La descripción histopatológica de los fragmentos es la siguiente: tejido pulmonar y pleural. Los primeros tienen inflamación crónica y fibrosis muy acentuada. La pleura está muy engrosada, con infiltrado inflamatorio crónico y abundante tejido de granulación. Hay focos de necrosis con infiltrado polinuclear. No se reconocen amebas en la muestra actual.

En el acto operatorio y en el estudio de los fragmentos obtenidos, no se pudo reconocer el origen exacto del absceso pleuropulmonar.

## RESUMEN

Se presenta un caso de síndrome de condensación pulmonar, con compromiso y derrame pleural, con líquido hemorrágico, del hemitórax derecho, de 4 meses de evolución.

El diagnóstico del origen amebiano del mismo se hizo por biopsia de pleura parietal con aguja de Vim-Silverman. Tratado con Emetina, Cloraquina y Terramicina curó de su amebiasis y las secuelas se corrigieron quirúrgicamente. Hasta donde hemos podido comprobarlo, constituye el segundo caso de biopsia de pleura con trofozoitos de ameba histolytica reportado en la literatura.

## SUMMARY

This is an interesting case of a male patient with a right hemorragic pleural effusion with pulmonary involvement, due to entoamoeba histolytica.

The diagnosis was made by means of a pleural biopsy performed with a Vin Sylvermann needle.

The treatment was done with emetina, cloroquina and oxitetraciclins.

This is the second case published in the available literature.

## BIBLIOGRAFIA

1.—DOXIADES, T.; CANDREVIOTIS, N; TALIAKOS M. Y POLYMEROPOULOS, I.
Chronic diffuse non-suppurative amoebic hepatitis. British Medical Journal. 1: 2924, 460, 1961.

2.—LEVINE, H. Y CUGELL, D. W.
Blunt end needle biopsy of pleura and rib. Arch. Int. Med. 109: 62, 1962.

3.—MIRANDA, M.
Biopsia de la pleura parietal con aguja de Vim-Silverman. Acta Médica Costarricense 2: 87, 1959.

4.—THIRUVENGADAM Y COL.
Pleuropulmonary amebeasis. Disease of the Chest. 42: 111, 1962.

Fig. 1 Tórax: derrame pleural derecho.

Fig. 2 Exudado inflamatorio, con fibrina, leucocitos polinucleares, algunas células mononucleares y trofozoitos de endoameba histolytica.

Fig. 3 Exudado inflamatorio agudo y algunos trofozoitos de endoameba histolytica.
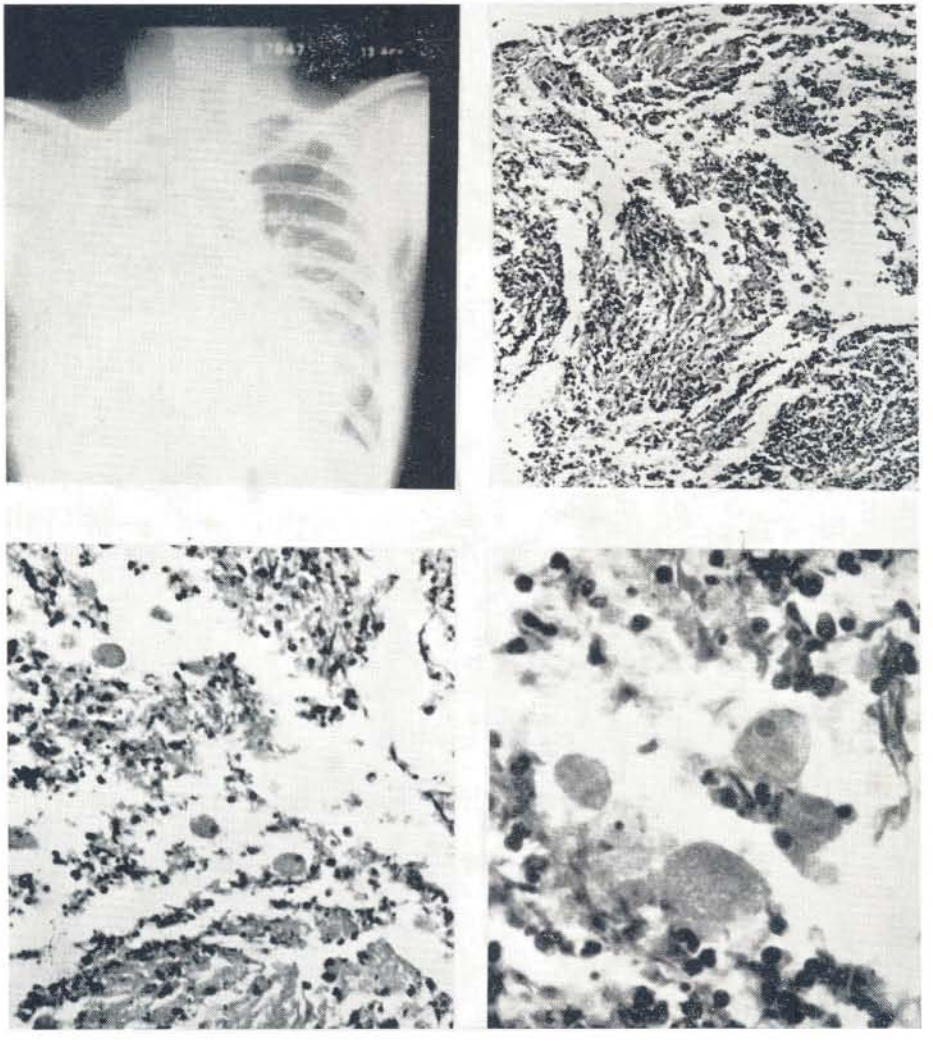
Fig. 4 Detalle de los trofozoitos de endoameba histolytica.