

El Manejo Combinado de la Colitis Amibiana Crónica

por

Dr. Mark M. Schapiro, M. S. F. I. C. S.

TERCERA PARTE

Manejo Quirúrgico de la Colitis Amibiana Crónica

Las indicaciones para la intervención quirúrgica en la colitis amibiana crónica latente o asintomática han sido sugeridas en los párrafos previos de este artículo. En el caso de una colitis amibiana aguda o crónica hay sólo una indicación absoluta para intervención y esa es la perforación aguda súbitamente y altamente peligrosa o fatal de una úlcera amibiana. De otra manera la cirugía inmediata o de emergencia en cualquier tipo de colitis amibiana debe ser condenada; no importa lo insignificante o inocua que pueda aparecer la lesión porque tal intervención es muy arriesgada para el paciente así como peligrosa para el cirujano ya que tal intervención invariablemente provoca un derrame (flare up) fulminante de la infección original que es lo más difícil de controlar y puede ser fatal. Si un cirujano inadvertidamente abriera un abdomen en un caso dudoso antes de que se haya alcanzado el diagnóstico exacto, encara una de las pruebas más severas que pueda afrontar el cirujano más hábil.

Al abrir el peritoneo el cirujano operador se afronta a una "confusión" ("mess") literal. No hay límites absolutamente sobresalientes. La operación debe hacerse como una disección totalmente ciega usando la clásica trilogía de "examine, mire y corte" cada pulgada del conducto hasta que eventualmente se encuentre una zona normal de la cual el cirujano puede proceder luego para alguna línea definida de segmentación o punto focal. La prisa nunca es importante en estos casos y debe ser condenada. Las disecciones sólidas deben ser delicadamente plásticas en ejecución; un trabajo excelente del verdadero arte del cirujano, no como un texto técnico quirúrgico, sino como un "cirujano de cirujanos" aprendido de los maestros usando extrema delicadeza en la manipulación de todos los tejidos bajo escudriñamiento. El cirujano debe tener un mag-

nífico conocimiento de la patología normal y anormal teniendo en mente todas las posibles variaciones anatómicas que pueden encontrarse. Finalmente él debe estar familiarizado con todos los tipos de operaciones aceptables convenientes a cada caso y además, él debe ser un cirujano suficiente para poder improvisar procedimientos reconstructivos adecuados sin perjudicar la vida del paciente según se presentara la necesidad.

Las autoridades principales en cirugía de "Colitis Amebiana" están de acuerdo en establecer que el problema básico en su solución es la decisión para operar; pero que las maniobras quirúrgicas usables son elásticas y variables con cada caso individual y la capacidad del mismo cirujano, (24), (25), (26), (27), (28), (29), (30), (31). Estas personas manifiestan que las indicaciones absolutas para la exploración u operación en colitis amebiana crónica son definidas y absolutamente limitadas en extensión. No pueden ser alteradas pero pueden ocurrir excepciones como en todas las fases de la medicina.

(1) La primera indicación absoluta e indiscutible para la operación es la perforación aguda de una úlcera amebiana. Esto es común no solamente en la amibiasis aguda sino más bien en las formas crónicas sin síntomas. Estas formas silenciosas o "latentes" son las más peligrosas porque el médico frecuentemente deja de considerarlas en el diagnóstico diferencial. En cualquiera de tales casos una perforación es una gran catástrofe produciendo una de las más intensas reacciones de shock observadas.

(2) La segunda indicación absoluta indiscutible para la intervención quirúrgica ocurre tarde en aquellos casos crónicos de "Colitis amebiana" en los cuales las funciones anatómicas, fisiológicas y de absorción excreción intestinal llegan a ser tan dañadas que la muerte sería el resultado inevitable a menos que algún remedio por una operación de desviación sea hecho. Como una regla general el cirujano debe usar su ingeniosidad para improvisar algún procedimiento adecuado que aliviara los síntomas inmediatos y no produzca al mismo tiempo una muerte fisiológica. (Nuestros casos 1, 7).

(3) La tercera indicación absoluta para la intervención quirúrgica es el caso de granulomas o constricciones del intestino grueso que no hayan mostrado ningún grado de regresión o remisión bajo prolongada terapia antiamebiana intensa o en aquellos en los que los síntomas son los de una obstrucción intestinal crónica incompleta. Esto es particularmente verdadero en aquellos casos que presentan dificultad en la diferenciación de nec-

plasias (nuestros casos 3, 4, 8). Esta misma indicación se aplica a todas aquellas lesiones estenosantes, deformantes limitantes y obliterativas del intestino grueso con o sin defectos de llenado que pueden ser fácilmente confundidas con condiciones neoplásicas (32), (33). Los Amebomas o granulomas que producen gradualmente aumento de la presión sobre las estructuras vecinas y gradualmente dañan toda función normal del intestino son incluidas dentro de esa categoría. Un axioma quirúrgico es que la intervención no debe ser permitida en colitis amibiana asociada con otras lesiones a menos que las medidas conservadoras de rutina fallen. Esto no debe aplicarse a lesiones malignas concomitantes de tipos grado 3 o grado 4. Obstrucción súbita, perforación de una úlcera, formación de absceso masivo, etcétera son indicaciones para cirugía inmediata (nuestro caso 6), deteniendo el período de espera vigilante pero no en el período de terapia intensa. No puede enfatizarse tan rigurosamente o tan a menudo que esa cirugía es casi universalmente fatal y esa operación debe ser hecha sólo cuando la enfermedad no responde a la terapia médica o progresa a un punto en que la "no intervención arriesga la vida del paciente".

El consenso de la opinión es que cualquier intervención en casos de colitis amibiana tiene una cifra excesivamente elevada de mortalidad, una elevada cifra de morbilidad en aquellos supervivientes infortunados y una elevada cifra de complicaciones. Esto es particularmente cierto en condiciones amibianas aparentemente de pequeña magnitud como describimos previamente. El cirujano imprudente, incauto puede buscarse a sí mismo un problema si precipitadamente opera en estos casos, más si él está completamente ignorante o si él desconoce completamente la verdadera etiología del caso. Es axiomático que el cirujano experimentado individualiza cada caso. Las intervenciones y los métodos operatorios usados variarán con cada tipo de lesión amibiana. El individuo mismo, su constitución física general, su estabilidad emocional, su inteligencia y cooperación deben ser consideradas en cada instancia. No hay regla fija de pulgar (thumb) para el manejo de cada caso, pero ciertos principios básicos pueden ser formulados.

Las lesiones debidas a amebomas o granulomas responden frecuentemente a terapia médica intensa prolongada. Es sólo cuando tales medidas fallan que la cirugía está para ser intentada. Aún en tal caso estas lesiones son tan limitadas que la resección puede ser extirpación local "en bloc" con restauración inmediata de la continuidad intestinal. Las lesiones estenosantes cicatrizantes, obliterantes y obstructivas presentan un problema radicalmente diferente dependiendo de la severidad e irreversibili-

dad del proceso patológico. Los de tipos grado 1, grado 2 y tempranos del grado 3 pueden ser detenidos y parados con regresión parcial de los cambios bajo terapia médica intensa prolongada. Las lesiones medias o tardías del grado 3 y todas las formas del grado 4 son detenibles pero no reversibles y es en todos estos casos que se requerirá cirugía. En ninguna otra parte son de tal importancia la habilidad, destreza, el juicio y la experiencia personal del cirujano como en el tratamiento quirúrgico y manejo de las lesiones incapacitantes deformantes de la colitis amibiana crónica.

Para mostrar los métodos combinados de manejo en estos casos y los varios procedimientos quirúrgicos necesarios para efectuar una "curación". Los 8 casos presentados previamente son discutidos sobre una base terapéutica.

CASO 1. G. Mc. W. M. 44: Intensa terapia anti-amibiana iniciada 11-53 usando medicación no arsenical ni yodada (Siostran, Geigy) en grandes dosis. Control Metabólico y restablecimiento del balance líquido. Yatren como enemas de retención en dosis gradualmente aumentadas empezando el 4º día del tratamiento inicial. Dieta blanda comenzó el 6º día después del tratamiento aumentando a dieta completa cuando el paciente evacuó. Exámenes de laboratorio de control a intervalos periódicos. Restauración metabólica y fisiológica completa después de 20 días de terapéutica cuando fue dado de alta del hospital para continuar la terapia en casa o en el consultorio dos veces por semana. Al final de 2 meses cirugía moderada limitada fue practicada durante una ileosigmoidostomía para desviación de todo el intestino grueso del ciego al colon descendente.

Chequeo para un año después de la cirugía cuando regresó a Estados Unidos en excelente salud.

CASO 2. J. M. S., W. M. 38: Terapia anti-amibiana intensa iniciada 5-54 evitando el uso de metales pesados. Continuando intermitentemente como el paciente no cooperaba, muy pobre respuesta. Recomendada operación pero rehusada.

CASO 3. A. F., H. F. 38: Terapia anti-amibiana intensa iniciada 6-50 sin usar medicación con metales pesados. Restauración del balance líquido. Cuidado psiquiátrico debido a diagnóstico previo de lesión maligna. Transfusiones sanguíneas. Enemas de retención de Yatren no toleradas. No mejoría clínica de obstrucción de bajo grado después de 15 días de tratamiento intenso. Operación de derivación realizada como paso inicial en la terapia de restauración, usando la cecostomía como el primer procedimiento, en julio de 1950. La cecostomía permitió des-

canso de todo el intestino grueso y dio libre acceso de el Yatren a las zonas afectadas. Siguiendo esto, la recuperación fue muy rápida y dramática. Los síntomas desaparecieron dentro de 25 días adicionales, bien toleradas comidas suaves y blandas sin signos de dolor. Después de otros 45 días fue dada de alta del hospital con el tubo de cecostomía aún colocado para más tratamientos de consultorio que terminaron en otros 90 días. En este momento toda evidencia de infección por *E. histolytica* ha desaparecido y la paciente fue ganando peso. La segunda etapa realizada en Octubre de 1950 como ileosigmoidostomía previa a resección masiva del intestino grueso más tarde. La paciente resistió bien esta operación, siendo dada de alta del hospital 15 días después de la operación de derivación en excelente condición. Como ella se sintió tan bien y como no tuvo más exacerbación, la tercera operación fue postergada a menos que un cambio agudo altere el cuadro.

CASO 4. A. L. F. H. 68: Paciente ingresada en Julio de 1950 con obstrucción incompleta del intestino grueso, diagnosticada como carcinoma recto-sigmoideo. No hubo respuesta a las medidas conservadoras y 48 horas después del ingreso una colostomía transversa con tubo simple fue realizada usando el extremo aproximado de la flexura hepática. En la sala de operaciones (OR) se observó que toda la porción distal de la flexura hepática, todo el colon transverso, el colon descendente y el sigmoide estaban tomados en un proceso inflamatorio sumamente agudo. Las delimitaciones normales no fueron encontradas. El extremo distal de la flexura hepática fue cerrado por una doble sutura en bolsa de tabaco sobre una sonda de Pezzer y el extremo proximal suturado a la pared abdominal anterior. Dentro de los cuatro días siguientes a este procedimiento de emergencia fue posible continuar las pruebas diagnósticas. Dos semanas después el diagnóstico de una colitis amibiana fue establecido. En este momento fue iniciada intensa terapia anti-amibiana como en los otros casos instilando solución de Yatren en el intestino distal a través de la sonda de Pezzer. A esta paciente le fue dado clorhidrato de Emelina intramuscular en un intento de acelerar la respuesta. Por el 30 día de tratamiento la mejoría clínica fue notable, al mismo tiempo fue dada de alta para observación adicional en el consultorio y los tratamientos con Yatren fueron continuados. Al final de otro 60 días de tratamiento una repetición de estudio radiológico mostró marcada regresión del granuloma a la mitad de su tamaño original pero el daño permanente a el intestino lo dejó marcadamente reducido de calibre. Fue reingresada al hospital en Noviembre para el cierre de la colostomía de la flexura hepática y una ileo-sigmoidostomía termino-lateral fue practicada para desviación de todo el colon transverso y descen-

dente. Fue dada de alta 25 días después en excelente salud y bien controlada en comparación a su infección amebiana.

CASO 5. J. B. F., M. H., 42: Paciente ingresado en junio de 1956 en una grave condición de deshidratación, deficiencia vitamínica y toxicidad. Medidas restauradoras inmediatas fueron iniciadas mientras los procedimientos diagnósticos fueron practicados. Este fue acabado relativamente rápido en 15 días e instituida intensa terapia antiamebiana para la cual la respuesta fue mala definitivamente. El paciente rehusó la intervención quirúrgica como una medida para salvarle la vida y fue dado de alta del hospital 32 días después del ingreso.

CASO 6. P. M., M. H., 34: Ingresado en Junio de 1959 con sospecha de un cálculo renal derecho. Un masivo absceso perinefrítico desarrollado mientras el paciente estaba bajo observación, el que requirió drenaje de emergencia a través de una incisión lumbar derecha. El material purulento reveló la presencia de *E. histolytica* (1850 cc fueron aspirados).

Intensa terapia antiamebiana fue iniciada inmediatamente por boca, intramuscularmente y vía directa por instilación dentro de la cavidad del absceso. Quince días del postoperatorio una fina solución de bario fue instilada en la sonda de Pezzer, revelando una comunicación directa de la cavidad con la mitad del colon ascendente, aparentemente sobre la superficie posterior. La localización de la perforación explicaba la formación de un absceso masivo localizado, en lugar de una peritonitis fulminante que se hubiese desarrollado si la perforación fuese anterior. La terapia fue continuada por 16 semanas tiempo durante el cual la cavidad del absceso cerró completamente sin la formación de conexiones fistulosas al colon. El paciente fue seguido por 2 años sin recurrencia de síntomas y sin signos indicadores de exacerbaciones del proceso amebiano a pesar del cuadro radiográfico de una colitis amebiana. No fue hecha cirugía más amplia.

CASO 7. A. P. H. F., 41: Paciente ingresada en agosto de 1958 con un diagnóstico de Carcinoma del colon transverso con extensión al páncreas y formación de un absceso peripancreático. El examen completo confirmó definitivamente el diagnóstico de un compromiso amebiano pero la paciente se rehusó a cooperar completamente. Nosotros fuimos habilitados para dar intensa terapia antiamebiana pero no hubo absolutamente ninguna respuesta terapéutica después de 5 semanas de tratamiento en hospital bajo control. Una cecostomía preliminarmente fue realizada a fines de setiembre para permitir un mejor alcance de las drogas a el colon por la sonda de Pezzer. Esto fue continuado por

6 meses pero también en este tiempo hubo persistencia de *E. histolytica* en las heces y raspados de intestino. La paciente rehusó cirugía adicional. Fue perdida de control 5 meses después estando aparentemente en perfecta salud hasta ese momento, con la cecostomía funcionando y aún allí en su lugar.

CASO 8. J. M. P., F. H., 74: Paciente ingresada en agosto de 1959 en grave estado de deshidratación, anorexia y toxicidad diagnosticado como carcinoma del intestino grueso por lo cual drástica terapia de mantemimiento fue iniciada. Dos semanas después del ingreso *E. histolytica* fue encontrada en raspaduras sigmoideas. Intensa terapia antiambiana fue iniciada por vía oral e intramuscular, reforzada por enemas de retención. Del cuadro de Rayos X fue planeado hacer una colectomía total, pero su condición general previno un procedimiento tan radical. Como un paso preliminar una ileostomía fue practicada a fines de setiembre de 1959 colocando una sonda de Pezzer grande en el ciego a través de la cual el intestino grueso era irrigado varias veces al día con Yatren. La terapia antiambiana fue continuada por 3 meses con completa desaparición de todos los síntomas y regresión de los signos inflamatorios agudos al examen proctoscópico. En vista del diagnóstico radiológico la paciente fue reingresada a el hospital en enero de 1960 cuando una colectomía total fue hecha, completando la operación como una ileosigmoidostomía termino lateral. Al final de un año ella estaba en excelente salud sin residivas.

La descripción de estos 8 casos da el completo procedimiento usado en el manejo médico-quirúrgico de la colitis ambiana crónica el cual ha dado excelentes resultados aunque sea un número pequeño de pacientes. El control médico de la infección por *E. histolytica* fue obtenido usando las siguientes drogas: (1) 5, 7 dicloro hidroxiquinolidina, Siosteran, Geigy; (2) 6: 6'dialil-X vis (dietilamina 4:4'bio-creso Camolormo, Parke Davis; (3) Clorhidrato de Emetina; y (4) dicloracethidroxi-metilanilida, Entamida, Boots Pure Drug Co, Inglaterra. Los procedimientos quirúrgicos realizados en estos 8 casos fueron como sigue: Cecostomía, 2 casos (3, 7); Ileosigmoidostomía primaria, 1 caso (1); Ileosigmoidostomía, secundaria, 3 casos (3, 4, 8); Colostomía Tranversa, 1 caso (4); Ileostomía, 1 caso (8); Drenaje de Absceso perinefrítico, 1 caso (6); no cirugía, 2 casos (2, 5). Para nuestro conocimiento de los casos no hubo muertes dentro de un período de los 5 años siguientes a la operación (excepto en el caso 8 el cual tiene menos de dos años).

Es desafortunado que la mayoría de los textos autorizados dan poca atención a la entidad clínica "Colitis ambiana crónica"

Esa no es sólo una entidad clínica definitivamente probada sino que es una de las condiciones más incapacitantes, más degenerativas y posiblemente una de las más serias asociadas con una infección por *E. histolytica* que han sido probadas sin duda. La elucidación de los (vagrines) de la enfermedad han tomado años y están basados sobre extensos estudios de material postmortem que han demostrado las alteraciones, las manifestaciones insignificantes o serias, la variada patología y los traumas locales o difusos, encontrados como resultantes de una infección amibiana aguda simple, tan insignificante en muchos casos como para ser tolerada por el paciente. Las lesiones patológicas difieren marcadamente con el tipo, grado, severidad y duración de la infección original. La inmunidad y la resistencia del huésped juegan un papel importante. Ha sido demostrado concluyentemente que la invasión profunda de los tejidos colónicos y la acción de las enzimas hemolíticas altamente tóxicas liberadas por la *E. histolytica* producen serios traumas a los delicados tejidos colónicos. El misterio del problema es que a pesar de que tantas personas tienen infecciones agudas y crónicas por *E. histolytica*, tan pocas han sido reportadas mostrando las alteraciones en el intestino grueso que han sido presentadas en estos 8 casos. Es un hecho peculiar que una vez invadido el colon no es posible destruir o eliminar los protozoos a menos que sean tratados adecuadamente por un período prolongado de tiempo. Los protozoarios continúan en acción para diseminar estragos y destrucción a través del intestino conforme horadan de punta a punta. Una discusión de las razones para este problema aparentemente paradójico no nos concierne en este momento.

Que la incidencia de alteraciones en el intestino grueso debidas a infecciones por *E. histolytica* no es rara puede ser visto por los exámenes postmortem de Dock y Craig. El último reportó una incidencia de 4.1 por ciento en 8.000 autopsias no seleccionadas. Subsiguientemente en un estudio de 49 mil autopsias Craig reportó una incidencia de 11.6 por ciento con serios cambios intestinales debidos a *E. histolytica*, y ninguno de estos casos fueron casos de amibiasis. La conclusión a ser sacada de estos estudios es que los efectos de una infección de largo tiempo por *E. histolytica*, inadecuadamente tratada es una alteración lenta, insidiosa, deformante progresiva a largo plazo, restrictiva, incapacitante y posiblemente fatal del intestino grueso que es tardía en presentar manifestaciones clínicas y entonces nadie acierta directamente a la causa original. Con el tiempo el paciente se queja de síntomas y en tal caso no de aquellos de una infección típica por *E. histolytica*, la condición ha llegado a ser detenible pero irreversible. Medicamente todos pueden hacer parar la acción de la *E. histolytica* anidada para prevenir otras alteraciones del in-

testino grueso pero quirúrgicamente mucho puede ser hecho para restaurar al paciente a una vida completamente activa aunque sea por medio de una drástica exenterización radical del intestino grueso en casi toda su extensión. No puede ser suficientemente enfatizado que todo paciente que ha permanecido algún tiempo en los trópicos donde la enfermedad es endémica, o aquel que no ha estado en los trópicos pero si donde la exposición puede ocurrir, a través de un súbito inicio de infección de un portador, está sujeto al desarrollo de la enfermedad. El doctor que lo atiende no debe ignorar estas "visitas turísticas" a los trópicos o cualquier queja vaga que se desarrolle en una persona de otra forma saludable como debida a "neurosis, intestino irritable, colon espástico, enteritis no especifica, etcétera" pero debe sospechar de tal paciente como siendo un probable candidato para el desarrollo de una colitis amibiana crónica hasta que el diagnóstico haya probado lo contrario. Es el primer médico que mira y examina estos pacientes quien puede hacer mucho para parar y detener el proceso, previniendo el desarrollo de un proceso irreversible y salvando al paciente de mucha angustia y sufrimiento.

El caso de colitis amibiana crónica de temprano desarrollo es definitivamente detenible y reversible todos sus estadios. Las condiciones tardías grado 2, todos los estadios grado 3 y grado 4 no son reversibles pero detenibles. Esta irreversibilidad hace todo ataque terapéutico más difícil porque requiere un serio procedimiento operatorio radical para eliminar el intestino deformado. Del cuadro radiológico y la inspección del campo operatorio, la restauración de la función intestinal es aparentemente incurable tanto que en ninguna otra condición es más valiosa la individualización, ingeniosidad y la habilidad quirúrgica. Este no es el campo quirúrgico para el principiante o el cirujano para "fin de semana".

El Mayor General Sachs 34 dirigiendo un simposium especial sobre "Amibiasis" en la Real Sociedad de Medicina Tropical e Higiene en Londres dijo: "la fase inmediata post tratamiento es el período más crítico debido a que es durante este tiempo que el paciente debe ser instruido psicológica y mentalmente para vivir en simbiosis con sus síntomas. Yo no creo que esto es realizado generalmente entre médicos como importante o cuantos casos sintomáticos han sido erróneamente diagnosticados como "recada amibiana" cuando eran actualmente debidos a esta condición (colitis amibiana crónica). Esto es la falta de apreciación general de la patología fundamental que causa estas malas interpretaciones. El acceso de los síntomas originales en estos casos es siempre lento e insidioso. A menudo meses o más transcurren entre la infección original y a la fecha cuando un diagnóstico po-

sitivo definitivo es hecho. Durante este período se producen gradualmente serios daños a la pared intestinal con cambios irreversibles. Yo siento que esto es de la mayor importancia psicológica para prevenir al paciente que puede esperar algún malestar intestinal por todo un LARGO TIEMPO. Esto le previene de llegar a ser introspectivo "viajando de doctor a doctor". La pregunta más minuciosa es la urgencia de un diagnóstico definitivo temprano a fin de efectuar una "curación" antes que los cambios intestinales lleguen a ser tan totalmente irreversibles que lleguen a los serios problemas presentados en los 8 casos reportados en este estudio.

SUMARIO

1. No hay duda que la entidad clínica "colitis amibiana crónica" es una seria enfermedad específica que afecta todas las porciones del intestino grueso. Se manifiesta a sí misma usualmente algún tiempo largo después que el paciente ha adquirido su infección amibiana inicial.

2. Los cambios patológicos, alteraciones del patrón intestinal y el gran número de efectos sobre el metabolismo y fisiología del paciente pueden ser fatales debido a su irreversibilidad particularmente en un caso no tratado o tratado inadecuadamente.

3. La intervención quirúrgica en la colitis amibiana crónica está contraindicada, a menos que sea en una emergencia aguda y es de otra forma temeraria, arriesgada y potencialmente fatal.

4. La cirugía en estos casos requiere delicadas maniobras, rápidas, pensamiento rápido y una ágil capacidad para cambiar planes preconcebidos que en el último minuto son requisito previo para un resultado quirúrgico exitoso.

5. En ninguna otra enfermedad es la patología tan marcada y aparente empero oscurecida y oculta por falta de síntomas. No hay absolutamente ningún medio para determinar la extensión exacta, la verdadera distribución, las varias desviaciones y las posibles complicaciones en ningún caso dado excepto por una serie completa de repetidos estudios de rayos X del intestino grueso. La individualización es de la mayor importancia en cada caso y ninguna regla fija puede ser dada para el manejo o tratamiento médico o quirúrgico.

6. Adecuadas medidas terapéuticas deben ser instituidas tan pronto como el diagnóstico haya sido establecido y continú-

das sin interrupción hasta que toda evidencia de *E. histolytica* haya desaparecido antes que ninguna cirugía sea emprendida. La terapia antimicrobiana debe ser continuada durante el tratamiento postoperatorio. La cirugía nunca debe ser intentada mientras que el protozoo pueda ser demostrado en las heces purgadas, las raspaduras intestinales en biopsia.

7. La perforación aguda, la obstrucción aguda y la pérdida de respuesta del paciente a la terapia médica son indicaciones absolutas para intervención quirúrgica inmediata aún en la presencia de *E. histolytica* en las heces o raspaduras intestinales.

8. La espera vigilante y el tiempo de terapia intensa prolongada son las principales instrucciones a ser dadas descontando los procesos de regresión o remisión de la enfermedad antes que las alteraciones grado 3 o grado 4 hayan ocurrido. Cuando la enfermedad ha alcanzado estos grados es irreversible pero detenible.

9. Si la enfermedad puede ser completamente detenida, aunque sea irreversible, la cirugía no debe ser hecha a menos que los cambios intestinales sean tales como para amenazar la vida y el bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1—D' ANTONI J. *The Pattern of the Literature in Amoebiasis*. *Amer. Jour. Trop. Med. & Hyg.* 201, 2:269, 1949.
 - 2—SCHAPIRO, M. M. Intestinal Parasitism Among the Inmates of the Central Penitentiary, Tegucigalpa. *Proc. Roy Soc. Trop. Med. & Hyg. Londres.* 53,3:270, 1959.
 - 3—SALISBURY, E. I. Comunicación Personal. 1961.
 - 4—LAZARUS, R. Comunicación Personal. 1961.
 - 5—SCHAPIRO, M. M. Therapeutic Efficiency of a New Amoebicide Among Prison Inmates. *Proc. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg. Londres* 54, 6. 546, 1960.
 - 6—CRAIG C. F. *The Etiology, Diagnosis and Treatment of Amoebiasis*. Williams & Wilkins Co. Balt., 1944. 2^a ed.
 - 6*—WOODRUFF, A. W. *The Treatment of Amoebiasis with Emetine Bismuth Iodine, Glauconrubin, Dichloroacethyldimethyl-nalidix and Antibiotics*. *Proc. Royal Soc. Trop. Med. & Hyg. Londres.* 52, 2: 114, 1956.
 - 7—WRIGHT. W. H. Comunicación Personal. Febrero 1962.
 - 8—Citado por Craig. Op. cit. (6).
 - 9—CECIL R. L. *Textbook of Medicine: "Amoebiasis, Amoebic Colitis"* Thomas Almy W. B. Saunders, Co. Philadelphia, 8, ed. 1951.
 - 10—FELDMAN, M. *Clinical Roentgenology of the Digestive Tract*. Williams & Wilkins Co. Baltimore 2^a ed. 1945.
 - 11—DEVINE, H. *Surgery of the Colon and Lower Bowel*. Williams & Wilkins Co. Baltimore 2^a ed. 1948.
 - 12 a. BACON H. E. *The Anus, Rectum, Sigmoid and Colon* J. B. Lippincott, Filadelfia 3^a ed. 1941.
 - 12 b. VARIOS. Amibiasis, Disentería Amebiana y Amibiasis Extraintestinal. Patrocinado por "Asociación Nacional de Gastroenterología de Colombia. Winthrop Stearns Products, Nueva York, 1^a ed. 1951.
 - 13—BERCOVITZ, Z T. *Clinical Tropical Medicine*. Paul B. Hoeber, Nueva York, 1^a ed. 1944.
 - 14—MANSON-BAHR, P. *Tropical Diseases*. Williams & Wilkins Co. Baltimore. 3^a ed. 1943.
 - 15—STITT. Ap. C. F. (6).
 - 16—MACKIE, T. T. HUNTER, G. BROOKE W. *Disease of Warm Climates*. Grune & Stratton, Nueva York. 1^a ed. 1948.
 - 16 a MACKIE, T. T. HUNTER G. BROOKE W. *Manual of Tropical Medicine*. Military Manual Series. W. B. Saunders. Filadelfia, 3^a ed. 1946.
 - 16 b PERADA, F. R. Amoebic Granulomas of the Colon *Jour. Abd. Surg.* 4, 1: 14 . 18, 1962.
-

- 17 a NINO, L. Amoebomas of the Large Intestine Bull. Onst. Quir. Buenos Aires, 18, 1: 153, 1942.
- 17 b OLIVEIRA, Z. Amoebic Granulomas Simulating Rectal Cancer. Rev. Gastroent, de Sao Paulo 4: 1: 189, 1941.
- 17 c GUNN, H. HOWARD, N. J. Amoebic Granulomas of the Large Bowel. J. A. M. A. 97, 1: 167, 1931.
- 18—RADKE, B. A. Amoebomas of the Intestine: An Analysis of 78 Collected Cases and 41 Previously Unreported Ones. Ann. Int. Med. 45, 5: 1048, 1953.
- 19—HAWE P. The Surgical Aspects of Intestinal Amoebiasis. Surg. Int. Obs. 81, 2: 387, 1945.
- 20—LANDSMAN, A. A. Amoebic Dysentery as a Complication in the Diagnosis of Cancer of the Rectum. N. Y. State Med. Jour. 41, 10:1181, 1941.
- 21—SCHAPIRO, M. M. Appendicitis in Honduras; The Role of Entamoeba Histolytic in its Production, A. M. A. Archives Surg. 75, 5: 185, 1955.
- 22—IKEDA, K. Unusual Experiences with Amoebic Dysentery. J. A. M. A. 101, 11: 1953, 1933,
- 23—Op. Cit. N° 9.
- 24—OCHSNER, A. DEBAKEY, M. The Surgical Treatment of Amoebiasis Wis. Med. Jour. 48, 2: 243, 1949.
- 25—WILLIAM, I. F. QUIGLEY, W. F. GEER T. M. HUGHES C. W. BOWERS, W. W. The Surgical Aspect of Amoebiasis. Military Medicine, 126, 7: 510, 1961.
- 26—RIVES, J. D.—The Surgical Complications of Amoebiasis of the Colon Surg. Clin. North Amer. 35, 2: 1401, 1955.
- 27—SCHAPIRO, M. M. Open Surgical Drainage for Amoebic Abscess of the Liver. A. M. A. Arch. Surg. 78, 5: 780, 1955.
- 28—JORDAN P. K. The Treatment of Surgical Abscess of the Liver By Open Surgical Drainage. Ann. Surg. 141, 1: 170, 1955.
- 29—OCHSNER, A. DEBAKEY M. The Surgical Considerations of Amoebiasis. Int. Abs. Surg (S. G. O.) 69, 1:392, 1939.
- 30—LINDSBAG, G. E. The Surgical Aspect of Amoebic Dysentery. J. A. M. A. 131, 1: 92, 1946.
- 31—DRUECK, C. R. The Treatment of Intestinal Amoebiasis. Clin. Med. & Surg. 38, 4:1783, 1931.
- 32—FRNST, K. F. Amoebic Granuloma of the Rectum Simulating Carcinoma. U. S. Armed Forces Med. Bull. 4, 1: 1069, 1963.
- 33—CAMERON, J. COLLINS, J. Intestinal Obstruction due to Amoebic Granuloma. J. Roy. Army Med. Corps. 79, 1: 40, 1942.
- 34—Citado 6°.
- 35—PROHASKA, J. V. DRAGSTEDY, L. R. THOMPSON, R. G. The use of Corticosteroids Ulcerative Colitis. Ann. Surg. 154, 3: 408, 1961.