

DE LA CLINICA MEDICA

Director: Prof. Dr. I. Hermansen

DEL INSTITUTO DE BIOLOGIA

Director: Prof. Dr. O. Wilhelm
de la
Universidad de Concepción

Consideraciones clínicas acerca de la amebiasis en Concepción

(Con 8 cuadros)

por

Ivar Hermansen y Carlos Heinrich

GENERALIDADES

Se designa por "amebiasis", el ataque del organismo por la Ameba histolítica (*Entamoeba dysenteriae*, **Councilman y Lafleur**, 1893; *Entamoeba histolytica*, **Schaudin**, 1903).

Esta parasitosis que hasta hace poco se consideró exclusiva de los climas tropicales, ha extendido considerablemente su radio de acción, encontrándose hoy día en forma autóctona en muchas regiones templadas. Es característica sobresaliente de la enfermedad su extrema variabilidad y carácter proteiforme de sus manifestaciones, especialmente referente a su intensidad. Su localización más importante es sin lugar a dudas la intestinal, pero también en relación a este hecho ha cambiado fundamentalmente el concepto de esta parasitosis en el último tiempo. En efecto, mientras hasta hace poco, para la generalidad de los médicos, el término amebiasis era sinónimo de la localización intestinal de la ameba y sólo se conocían las complicaciones más frecuentes representadas por el absceso amebiano hepático y como rareza el cerebral; hoy día se describe una larga serie de localizaciones llamadas extra o para-intestinales, como así mismo de formas mixtas de amebiasis. Estas localizaciones fuera del intestino son siempre secundarias y representan una verdadera metástasis parasitaria a partir de una localización intestinal primitiva (1,2). Aparte del absceso del hígado y generalmente a partir de esta localización secundaria,

pueden formarse abscesos en otros órganos como cerebro, riñón, bazo, músculos, testículos, etc. La localización extra-intestinal del parásito podría determinar además de los abscesos, otra serie de cuadros clínicos, como serían la amebiasis brónquica, pleural, urinaria, cutánea, del sistema linfático, osteo-articular, del corazón, etc. (1,2). Los órganos mencionados pueden ser alcanzados por el parásito en virtud de la expansión excéntrica y de la invasión de los tejidos y órganos a partir de un absceso vecino (1). Muchas de las últimas localizaciones mencionadas no pueden sin embargo aceptarse como demostradas, ya que la única prueba de la naturaleza amebiana de una lesión es la comprobación en ella de la *Entamoeba histolytica*, bien establecida, por autores competentes y en preparaciones intachables (1). Esta condición, a menudo no se ha cumplido satisfactoriamente en los casos publicados. Tampoco se puede aceptar la "amebemia" que se ha supuesto como proceso inicial de partida de todas las localizaciones, incluso de la intestinal.

Atendiendo a la forma en que el organismo reacciona frente al parasitismo por la *Ameba* histolítica, se pueden distinguir cuatro categorías (1).

1.—Síndrome disentérico agudo o recidivante (Amebiasis disentérica aguda o crónica).

2.—Síntomas gastro-intestinales o extra-intestinales, sin disentería (amebiasis crónica no disentérica).

3.—Sintomatología gastro-intestinal discreta que se atribuye a otra etiología (amebiasis crónica ignorada).

4.—Ausencia de manifestaciones subjetivas y objetivas (portadores sanos).

Podemos en consecuencia reunir los enfermos en dos grupos principales:

A.—Amebiasis disentérica, donde el síntoma disentería es el dominante y que comprende la forma aguda o **síndrome disentérico agudo de primer ataque** y la forma crónica o **síndrome disentérico de recaída**.

B.—Amebiasis crónicas, que pueden presentar disentería pero ya no como síntoma dominante y que comprende la **amebiasis crónica no disentérica** y la **amebiasis crónica ignorada**.

ANÁLISIS DE NUESTRO MATERIAL CLÍNICO

Hemos revisado las observaciones clínicas correspondientes a 50 casos de amebiasis intestinal que han pasado por el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional de Concepción durante el lapso comprendido entre 1944 y 1948. De estas 50 observaciones hemos elegido 31 casos por cuanto han reunido las condiciones para realizar un estudio sobre el particular. Estas observaciones se han analizado especialmente en lo referente a la sintomatología y a la característica de los exámenes complementarios de rutina. Sólo unos pocos casos fueron sometidos a controles más completos como son los de orden radiológico y los proctoscópicos.

Nuestro material se compone pues de 31 individuos, adultos, entre hombres (H) y mujeres (M), parasitados por la ameba hostolítica y cuya edad fluctuó entre un mínimo de 14 (M) y un máximo de 60 (M) años.

CUADRO N° I

Edad-años	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	Total
Mujeres	1	6	1	2	3	1	14
Hombres	1	3	6	4	3	-	17
Total	2	9	7	6	6	1	31

El cuadro I representa la distribución de este material de acuerdo al sexo y la edad. Como se ve, hubo ligero predominio de los hombres sobre las mujeres y la mayoría de los casos se presentó entre la segunda y la quinta década de la vida, con ligero predominio en la segunda y tercera.

CUADRO N° II

			HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Enfermos	Amibiasis dientérica	Sindr. dis. ag. I. ataque	6	8	14
		Sindr. dis. de recaída	7	2	9
	Amibiasis no disent.	Am. cr. no disent.	1	1	2
		Am. cr. ignorada	-	-	-
PORTADORES SANOS			3	3	6
TOTAL			17	14	31

Siguiendo a Talice (1), hemos clasificado nuestro material clínico de acuerdo con la forma de reaccionar del organismo parasitado y establecido los grupos que se resumen en el cuadro N° II. Como se ve, de los 31 casos, 25 (15 H. y 10 M.) eran enfermos y los 6 restantes (3 H. y 3 M.), portadores sanos.

Los enfermos han sido agrupados de acuerdo con el mismo autor mencionado en dos grupos principales, a saber, la amebiasis disintérica y la no disintérica o crónica. El primer grupo, en que se distinguen, el síndrome disintérico de primer ataque o amebiasis disintérica aguda y el síndrome disintérico de recaída o amebiasis disintérica crónica, reúne la mayor parte de nuestros casos. En efecto, tenemos para el síndrome disen-

térico de primer ataque un total de 14 enfermos (6 H. y 8 M.) y para el síndrome de recaída un total de 9 enfermos (7 H. y 2 M.). En la amebiasis crónica, que comprende los sub-grupos siguientes: amebiasis crónica no disintérica y amebiasis crónica ignorada, está representada sólo la primera de estas formas por 2 enfermos (1 H. y 1 M.).

En el grupo de los portadores sanos se clasificaron 6 individuos (3 H. y 3 M.).

CUADRO N^o III

		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
	Deposiciones acuosas	3	2	5
Con Diarreas	Predominio mucoso	2	1	3
	Dep. mucu-sanguinolentas	8	8	16
	Predominio hemorrágico	2	2	4
SIN DIARREAS		6	4	10
TOTAL		17	14	31

De todos los síntomas, el más constante en nuestro material fué la diarrea. El cuadro N^o III resume las principales características de este síntoma y su incidencia. Como se ve, la diarrea estuvo presente en 21 casos (11 H. y 10 M.) y faltó en 10 (6 H. y 4 M.). En la mayor parte de los enfermos las deposiciones fueron mucosanguinolentas. En efecto en 16 casos (8 H. y 8 M.) presentaron este carácter. De estos 16 casos, 3 (2 H. y 1 M.) presentaron un franco predominio del carácter mucoso y 4 (2 H. y 2 M.) fueron decididamente hemorrágicas. En 5 de los pacientes (3 H. y 2 M.) las deposiciones diarreicas eran acuosas.

CUADRO N^o IV

	H.	M.	Tot.
Dolor difuso abdominal	6	6	12
Cólicos intestinales	6	2	8
Dolor reg. hepática	5	—	5
Tenesmo rectal	3	5	8
Dolor epigástrico	4	3	7
Dolor fosa il. der.	4	2	6
Pujos	3	4	7
Defensa musc. hip. der.	3	—	3
Dolor fosa ilíaca izq.	3	3	6
Vómitos	2	—	2
Meteorismo	1	—	1
Cuerda cólica izq.	1	—	1

El cuadro N^o IV resume los principales síntomas gastro-intestinales, que presentaron nuestros enfermos además de la

diarrea. En orden de frecuencia, el más importante fué dolor difuso abdominal, que existió en 12 enfermos (6 H. y 6 M.). Cólicos intestinales hubo en 8 casos (6 H. y 2 M.). Dolor en la región hepática fué una manifestación relativamente frecuente como lo atestigua su presencia en 5 casos, todos de sexo masculino. El tenesmo rectal existió en 8 casos (3 H. y 5 M.). 8 enfermos presentaron dolor en la región epigástrica (H. y M.). En 6 casos (4 H. y 2 M.) hubo dolor en la fosa ilíaca derecha. Los pujos se presentaron en 7 casos (3 H. y 4 M.). En 3 enfermos de sexo masculino se comprobó defensa muscular en la región del hipocondrio derecho. 2 hombres presentaron vómitos y en otro se percibía una cuerda cólica dolorosa.

CUADRO N^o V

	H.	M.	Tot.
Fiebre	7	9	16
Enflaquecimiento	5	—	5
Trastornos del apetito	3	—	3
Alteraciones tegumentos	3	1	4
Trastornos nerviosos	2	—	2

Entre los síntomas generales se destacaron los anotados en el cuadro N^o V. El más frecuente fué la fiebre, de tipo remitente y de escasa intensidad, que fluctuó entre 37 y 38 grados en la mayoría de los casos. Este síntoma estuvo presente en 16 de nuestros enfermos (7 H. y 9 M.). En 5 hombres se observó manifiesto enflaquecimiento. Los trastornos del apetito, representados principalmente por anorexia, se observaron en 3 pacientes del sexo masculino. En 4 individuos (3 H. y 1 M.), se presentaron alteraciones de los tegumentos, representadas especialmente por manifestaciones de carencia vitamínica de tipo pelagroso y en un caso de sexo masculino por prúrigo. En 2 pacientes del sexo masculino se observaron manifestaciones nerviosas consistentes en somnolencia y cierto grado de embotamiento psíquico respectivamente.

El cuadro N^o VI representa los resultados del examen parasitológico de las deposiciones en nuestro material clínico. En un grupo de 8 casos (5 H. y 3 M.) fué necesaria la irritación previa del intestino mediante la administración de un purgante salino, mientras que en los 23 casos restantes (12 H. y 11 M.), esto no fué menester, ya que se trataba en su mayor parte de pacientes con diarreas. La Entamoeba histolítica fué identificada, ya sea en su forma vegetativa o quística, en 30 casos (16 H. y 14 M.). En 1 caso, que incluimos, no se identificó la ameba disintérica en el examen de deposiciones y el diagnóstico se hizo con la autopsia.

CUADRO N° VI

Exámenes parasitológicos de las deposiciones

						HOMBRES	MUJERES	TOTALES
Con irritación intestinal						5	3	8
Sin irritación intestinal						12	11	23
						17	14	31
Entamoeba histolítica		positivos				16	14	30
		negativos				1	0	1
TOTALES						17	14	31
Sin parasitosis int. asociadas						11	10	21
Con parasitosis int. asociadas						6	4	10
TOTALES						17	14	31
Entamoeb. Coli	Tricocef.	Enterom. hom.	Lamblia giar.	Tricom. int.	Ascaris lumb.			
X	X	X				1		1
X		X					1	1
X	X	X	X				1	1
	X	X				1		1
X				X			1	1
X	X						1	1
	X							1
	X							1
	X							1
	X							1
TOTALES						6	4	10

En 10 casos (6 H. y 4 M.), además de la ameba histolítica se encontró asociación de uno o más parásitos intestinales. En orden de frecuencia los hallazgos fueron los siguientes: huevos de *Trichuris trichiura* en 7 casos; trofozoítos o quistes de *Entamoeba coli* en 5 casos; formas vegetativas o quísticas de *Entomonas hominis* en 4 casos; huevos de *Ascaris lumbricoides* en 3 casos; quistes de *Lamblia giardia* en 1 caso, y formas vegetativas de *Trichomonas intestinalis* en 1 caso.

El hemograma se practicó en 27 de nuestros casos, y sus resultados se encuentran resumidos en el cuadro N° VII. Referente a la serie roja, 4 casos (3 H. y 1 M.) presentaron una cifra de glóbulos rojos ligeramente superior a los 5 millones, y la mayor parte de los parasitados, o sea 17 casos (9 H. y 8 M.) presentaron cifras que fluctuaron entre 4,1 y 5,0 millones de eritrocitos. En 3 casos (2 H. y 1 M.) se observó una anemia entre 2,1 y 3,0 millones y 1 individuo de sexo masculino presentó una intensa anemia de 1,8 millones de glóbulos rojos. Todas las anemias fueron de tipo microcítico e hipocrómico y no se observaron otras alteraciones de los eritrocitos.

En la serie blanca se presentaron 2 casos (1 H. y 1 M.) con leucopemias, de 5,2 y 4, 2 miles de leucocitos respectivamente, el último de sexo masculino presentaba una tifoídea concomitante. En 6 casos (4 H. y 2 M.) la cifra de leucocitos fluctuó entre 6,1 y 8,0 mil glóbulos blancos y en la mayor parte de los casos, o sea en 10 de ellos (6 H. y 4 M.) las cifras estaban com-

CUADRO Nº VII

		HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Glóbulos Rojos millones	5,1 - 6,0	3	1	4
	4,1 - 5,0	9	8	17
	3,1 - 4,0	2	1	3
	2,1 - 3,0	1	1	2
	1,1 - 2,0	1	-	1
TOTAL		16	11	27
Glóbulos Blancos miles	4,1 - 6,0	1	1	2
	6,1 - 8,0	4	2	6
	8,0 - 10,0	6	4	10
	10,1 - 15,0	2	2	4
	15,1 - 20,0	1	2	3
	20,1 - 30,0	2	-	2
TOTAL		16	11	27
Hemoglobina %	101 - 110%	3	-	3
	81 - 100%	8	8	16
	61 - 80%	3	2	5
	41 - 60%	1	1	2
	21 - 40%	1	-	1
TOTAL		16	11	27
Eosinófilos %	0 - 5%	11	7	18
	6 - 10%	3	2	5
	11 - 15%	1	1	2
	16 - 20%	1	-	1
	21 - 30%	-	1	1
TOTAL		16	11	27

prendidas entre 8,1 y 10,0 mil leucocitos. En 9 enfermos se encontraron cifras superiores a 10,1 mil glóbulos blancos, distribuidas de la siguiente manera: entre 10,1 y 15,0 mil, 4 casos (2 H. y 2 M.); entre 15,1 y 20,0 mil (3 casos (1 H. y 2 M.) y 2 casos con una leucocitosis entre 20,1 y 30,0 mil. Estos dos casos últimos de sexo masculino presentaban absceso amebiano del hígado y sus recuentos dieron 28,8 y 30,0 mil leucocitos respectivamente.

El porcentaje de hemoglobina se mantuvo dentro de los límites normales en 19 casos. En 3 hombres, 2 enfermos y 1 portador sano, la cifra sobrepasó ligeramente al 100%, mientras en 16 (8 H. y 8 M.) ésta se mantuvo entre 81 y 100%. Cifras más bajas se registraron en 8 casos, de los cuales en 5 (3 H. y

2 M.) la hemoglobina fluctuó entre 61 y 80%; en 2 (1 H. y 1 M.) entre 41 y 60% y en 1 llegó a la baja cifra de 30%. Las cifras más bajas de hemoglobina se presentaron en relación con las anemias más acentuadas, y la menor cifra se registró en un enfermo con absceso amebiano del hígado con síndrome pluri-carencial y que también presentó la mayor leucocitosis (30,000) observada.

En 18 casos (11 H. y 7 M.) la eosinofilia se mantuvo dentro de los límites de la normalidad. Los restantes presentaron aumentos porcentuales variables entre 6 y 30%, distribuidos de la siguiente manera: 5 casos (3 H. y 2 M.) entre 6 y 10%; 2 casos (1 H. y 1 M.) entre 11 y 15%; 1 hombre con 16% y una mujer que alcanzó la cifra más alta con 30%.

CUADRO N^o VIII

SEXO		H.	M.	Tot.	
Exámenes	Radioscopia	Normal	2	—	2
	Estómago	Gastroptosis	—	1	1
		Gastritis	1	—	1
	5 Casos	Ulcus duodenal	1	—	1
Radiológicos	Tránsito Intestinal	Espasmo int. gr. y signos apendic.	1	—	1
		Espasmo duodenal	—	—	1
	3 Casos	Espasmo col. desc.	1	—	1
	Enema Baritado	Tiflitis y peritiflitis	2	—	2
		Les. ulc. col. desc.	1	—	1
3 Casos					
Exámenes Proctológicos	Lesiones ulcerosas	4	1	5	
7 Casos	Congestión mucosa	5	—	5	
	Pequeños abscesos muc.	1	—	1	
	Cicatrices de la muc.	—	1	1	
Jugo Gástrico fraccionado	Normal	1	—	1	
7 Casos	Hiperclorhidria	3	—	3	
	Anaclorhidria	3	—	3	

Por las razones más arriba indicadas, sólo en algunos casos se practicaron controles radiológicos y procatológicos, los que se resumieron en el cuadro N^o VIII. Exámenes radiológicos fueron realizados en 11 enfermos. En 5 (4 H. y 1 M.) se hizo radioscopia de estómago, que dió resultado normal en 2 hombres, reveló una gastroptosis en una mujer, signos de gastritis en 1 hombre y ulcus duodenal en 1 hombre. Tránsito intestinal se practicó en 3 pacientes (2 H. y 1 M.) y puso en evidencia en 1 hombre, espasmo del intestino grueso y signos radiológicos de apendicitis; en una mujer espasmo del duodeno; y en 1 hombre espasmo del colon descendente. De 3 enfermos del sexo masculino en los que se hizo enema baritado, en 2 se observaron procesos de tiflitis y peritiflitis y en 1 se evidenciaron lesiones ulcerosas del colon descendente.

En 7 de nuestros enfermos (5 H. y 2 M.) se practicó un examen procto-sigmoidoscópico y se encontró en todos ellos algún signo característico de la lesión amebiana. En 5 casos (4 H.

y 1 M.) se observaron las típicas ulceraciones, y en la totalidad de los pacientes de sexo masculino existía una congestión de la mucosa. En 1 hombre se observaron pequeños abscesitos de la mucosa y una mujer presentaba lesiones cicatriciales de la misma.

El examen fraccionado del jugo gástrico también se practicó en 7 casos, todos ellos de sexo masculino y dió resultado normal en 1, hiperclorhidria en 3 y anaclorhidria en otros 3 casos.

En 5 de nuestros enfermos, todos ellos de sexo masculino, se presentó alguna complicación o enfermedad concomitante de importancia. Absceso amebiano del hígado se registró en 3 de los 31 casos, 2 de ellos presentaban el cuadro típico, con agrandamiento del órgano, fiebre e hiperleucocitosis. En 1 de ellos, de 46 años, aparte de la leucocitosis de 28,8 mil el hemograma era normal; en el otro de 32 años en cambio se observó una anemia de 1,8 millones de eritrocitos y un índice de hemoglobina de 30%, lo que representa las más bajas cifras que observamos para estos elementos. En este último caso había además intensas manifestaciones de carencia vitamínica con predominio de pelagra. El tercer enfermo con absceso del hígado, de 37 años, presentaba una sintomatología muy apagada y un hemograma normal, con sólo muy discreta leucocitosis. En 2 casos del sexo masculino se presentaron síndromes pluricarenciales, con manifestaciones preponderantes de carencia del complejo vitamínico B y especialmente del ácido nicotínico. Uno de ellos es el mismo enfermo de 32 años con absceso del hígado y grave alteración del cuadro hematológico y el otro, un individuo de 56 años que además de la carencia vitamínica ofrecía signos de hipoproteinemia y anemia de 2,6 millones con 42% de hemoglobina y leucocitosis de 11,8 mil. Estos dos enfermos encuadraban en el grupo de las amebiasis crónicas disintéricas o síndromes disintéricos de recaída, y al parecer entre los factores causales del cuadro carencial jugaba un rol preponderante la amebiasis intestinal. El segundo de estos casos falleció sin que se estableciera clínicamente la etiología de su enfermedad, ya que el examen coprológico no descubrió la ameba disintérica y desgraciadamente no se practicó examen proctoscópico. En la autopsia se encontraron numerosas úlceras disintéricas en distintos períodos de evolución en todo el intestino grueso y recto; trombosis de una rama de la pulmonar derecha; atrofia parda del corazón; ligera aterosclerosis; herida puntiforme reciente de paracentesis abdominal; caquexia. En los cortes histológicos de las ulceraciones se encontró la *Entamoeba histolítica*.

Se registró además un caso de concomitancia con fiebre tifoidea en un joven de 15 años y en el hemograma dió una anemia de 3,6 millones con 75% de Hb. y una leucocitosis de 4,2 mil leucocitos, la más baja cifra de leucocitos que registramos, y que se explica por esta asociación mórbida. En otro caso, 1 hombre de 42 años, se presentó la asociación con una úlcera duodenal, y el hemograma presentaba una anemia muy discreta de 4,0 millones con 65% de Hb. y una leucocitosis de 20,0 mil.

COMENTARIO

A pesar de lo reducido de nuestro material, lo que no nos permite sacar conclusiones de ningún orden, creemos conveniente algunos comentarios sobre él y comparar nuestras observaciones con los resultados que a este respecto han publicado otros autores.

Referente a la edad y al sexo en relación con la amebiasis, y hecha la salvedad de que el nuestro es un material de adultos sobre un mínimo de 14 años, podemos confirmar la opinión general de su mayor incidencia entre los 20 y los 40 años (1) y talvez podríamos agregar de acuerdo con nuestras observaciones que esta frecuencia se mantuvo en nuestros casos hasta pasado los 50 años. Si consideramos que el nuestro es un material elegido al azar entre individuos de ambos sexos, debemos conceder importancia a la mayor incidencia en el sexo masculino, lo que también fué establecido por otros autores (1).

La mayor frecuencia en nuestro material de las formas disintéricas, especialmente de las agudas, hecho que se contrapone a estadísticas grandes, como la de **Cintrado Prado** y **Figliolini** en Brasil (3), guarda relación con la mayor intensidad de la sintomatología y mayor gravedad que generalmente revisten estas formas clínicas, lo que a menudo obliga al médico tratante a hospitalizar a estos pacientes; mientras que las otras formas clínicas que son más frecuentes, pero leves e insidiosas (3) son tratadas en forma ambulatoria en policlínico. La alta proporción relativa de portadores sanos en nuestro material, se explica por el hecho de que en algunos servicios como el de Neurología por ejemplo, el examen parasitológico de las deposiciones constituye una práctica de rutina, lo que ha conducido al hallazgo ocasional de muchos portadores que ingresaron por afecciones muy diversas.

Referente a la sintomatología podemos decir junto con **Edson** (4) que el carácter clínico más sobresaliente ha sido la benignidad en la mayoría de los casos. El alto predominio del síndrome diarreico en nuestro material, que no guarda relación con otras publicaciones (3, 5, 6), deriva también de las formas clínicas predominantes y de que la diarrea misma a menudo constituye la causa de hospitalización de los enfermos. Destacamos el hecho de que en la tercera parte de nuestros enfermos con diarrea, faltó en éstas el carácter disintérico típico, mucosanguinolento, y presentaron aspecto acuoso, lo que confirma las observaciones de **Groff** (7) y **Edson** (4). El carácter hemorrágico de las diarreas (2, 7) se presentó también con su repercusión clara sobre el hemograma en 4 casos. De los síntomas subjetivos, el más sobresaliente fué el dolor abdominal (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8). Referente a sus localizaciones y variedades más frecuentes debemos mencionar el dolor difuso abdominal como el tipo más frecuente y luego los cólicos intestinales a los que **Taubenhaus** (5) atribuye tanto valor. Y que también mencionan **Talice** (1), **Darriba** (2) y **Edson** (4). De la localización casi exclusiva de las amebas al intestino grueso y especialmente a su porción final, desde la flexura sigmoidea hasta el ano (2),

derivan manifestaciones subjetivas, como los pujos y el tenesmo rectal, que hemos observado con bastante frecuencia. El dolor en las distintas regiones del colon es un hecho característico y comprensible. De estas localizaciones la más importante es a nivel de la fosa ilíaca derecha o sea en la región cecal (1, 2, 4, 7) y que guarda relación en muchas ocasiones con procesos de apendicitis de origen amebiano, hecho que debe aceptarse como definitivamente establecido (1, 2, 4). En nuestro material se presentó en 6 casos dolor localizado en la región cecal y en 2 de ellos el examen radiológico pudo evidenciar procesos de inflamación cecal y pericecal, y en 1 hombre había signos radiológicos de apendicitis. En estos casos es lógico sospechar la etiología amebiana de los procesos inflamatorios. En 5 de nuestros enfermos hubo dolor en la región hepática y en 3, rigidez muscular del hipocondrio derecho. Sin prejuzgar sobre la causa del dolor en los primeros, mencionamos la importancia de este síntoma en los procesos de hepatitis amebiana (1, 2, 4, 5, 9), de absceso amebiano del hígado (1, 2, 10) y de las localizaciones biliares, especialmente vesiculares (3, 8). Hemos observado como síntoma secundario los vómitos, igual que **Edson** (4) y también el meteorismo. En numerosos casos hemos comprobado fiebre, aún cuando de poco monto, lo que no sería frecuente en la amebiasis intestinal (1, 2) y que también nos explicamos sólo por la frecuencia de formas agudas, en las cuales este síntoma es frecuente (1, 5). El enflaquecimiento también ha sido un síntoma relativamente frecuente (1, 5) al lado de otros síntomas generales como trastornos del apetito, alteraciones nerviosas y alteraciones de los tegumentos. Estas últimas se han observado en casos crónicos en forma de manifestaciones carenciales, especialmente pelagroídeas, y en un caso, formando parte del cortejo sintomático de la caquexia a la que puede conducir la amebiasis intestinal crónica (1).

El único caso de amebiasis intestinal en el cual el examen de deposiciones fué negativo, en nuestros casos, justifica y confirma lo acertado de la insistencia con que se difunde la necesidad de practicar repetidos exámenes de deposiciones, de recurrir a técnicas especiales, de aprovechar las ventajas de la proctosigmoidoscopia, y aún de las reacciones biológicas para el diagnóstico de las amebiasis (1, 2, 4, 5, 6, 7, 11, 12). En nuestro caso seguramente el diagnóstico se habría hecho con la proctoscopia, a juzgar por las lesiones rectales encontradas en la autopsia.

Las asociaciones de amebiasis intestinal con otras parasitosis del tracto intestinal (1, 2) también fueron observadas en nuestro material con alguna frecuencia, contándose entre los metazoos, *Trichuris trichiuria* y *Ascaris lumbricoides* y entre los protozoos, *Entamoeba coli*, *Enteromonas hominis*, *Lambliia giardia* y *Trichomonas intestinalis*.

De las modificaciones más frecuentes observadas en el hemograma podemos destacar cierto grado de anemia sobre todo en las formas crónicas de larga duración. También observamos varios casos de anemia en relación con diarreas que presentaban gran cantidad de sangre. Las anemias más intensas se ob-

servaron en amebiasis crónicas complicadas con estado carencial o con absceso del hígado. Las cifras de la hemoglobina guardan paralelismo con la anemia. Los glóbulos blancos muestran en nuestro material una tendencia a la leucocitosis moderada y sus cifras máximas correspondieron a los abscesos hepáticos. Observamos igualmente una eosinofilia, por lo general moderada, en la tercera parte de nuestros casos, mientras en las dos terceras partes, las cifras permanecieron normales. Estas modificaciones guardan estrecha semejanza con las observadas por otros autores (1, 2).

Entre los exámenes complementarios, ocupan lugar preponderante por su contribución al diagnóstico de la amebiasis intestinal, la proctoscopia (1, 2, 4, 5, 6, 7, 12). En nuestro material pudimos confirmar este hecho en 7 casos en la totalidad de los cuales se observaron alteraciones recto-sigmoidoscópicas, consistentes ya sea en lesiones ulcerativas, congestivas, cicatriciales o formación de pequeños abscesos de la mucosa del recto o sigmoides. El examen radiológico, en sus formas de tránsito intestinal y enema baritado, es también de gran utilidad en el diagnóstico, al evidenciar las lesiones del intestino grueso que se manifiestan especialmente en la forma de espasmos de la región cecal o demás porciones del intestino grueso (1, 4). En 6 casos en los que practicamos estos exámenes, encontramos manifestaciones espasmódicas del colon, signos radiológicos de tiflitis, peritiflitis o apendicitis y en uno, signos que reflejaban ulceraciones del colon descendente.

De las localizaciones extra-intestinales de la amebiasis (1, 2, 3, 4, 7, 9) sólo encontramos en nuestro material 3 casos de absceso del hígado. Esta es sin embargo una cifra de importancia en vista de lo reducido de nuestro material, y nos permite también, de acuerdo con Rogat (10) establecer la inconstancia de los síntomas clínicos, especialmente del hemograma que a pesar de estar típicamente alterado en dos casos, en el tercero era casi normal. Como complicaciones de importancia, sobre todo de las formas crónicas disintéricas, de larga duración o complicadas con absceso metastático, realizamos la importancia de los síndromes pluricarenciales que tuvimos oportunidad de observar en dos enfermos, uno de los cuales falleció en estado caquético.

RESUMEN

Se hacen consideraciones de orden general acerca de la amebiasis, especialmente referentes a la mayor extensión actual de la enfermedad y de los conceptos de su acción patógena. Se estudian 31 casos de amebiasis intestinal observados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional de Concepción desde 1943 hasta 1948. Se analizan los principales síntomas abdominales y generales como así mismo las características de los principales exámenes complementarios; examen parasitológico de las deposiciones, hemograma, exámenes radiológicos (tránsito intestinal, enema baritado) y rectosig-

moidoscopía. Se comentan las observaciones propias en relación con los datos bibliográficos sobre la misma materia. Entre las complicaciones de la amebiasis en el material estudiado se detallan 3 casos de absceso del hígado y 2 de síndrome pluricarenal, uno de los cuales fallece en estado caquéctico.

S U M M A R Y

The general order of amebiasis is considered, with special reference to the present wider extent of the disease and opinion upon its pathogenic action is given. At the Internal Medicine Ward of the "Hospital Clínico Regional de Concepción" 31 cases of intestinal amebiasis were studied between 1943 and 1948, analyzing the principal abdominal and general symptoms as well as the characteristic signs of the principal complementary examinations, parasitological examinations of feces, blood picture, Xray examinations (intestinal passage, barrium enema), and rectosigmoidoscopy. They comment their own observations in relation with the bibliographic data on the same subject. Among the complications of amebiasis of the studied series, details are given of three cases of liver abscess and two of deficiency syndrome, one of which died in a cachectic state.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—TALICE, RODOLFO.—v. Enfermedades Parasitarias del Hombre. Edit. Científica del Sindicato Médico del Uruguay. 1944, p. p. 81-282.
- 2.—DARRIBA, A. R.—Protozoosis Intestinales Humanas. Ediciones Morata. Madrid 1942, p. p. 14-140.
- 3.—CINTRADO PRADO, F.; FIGLIOLINI, F.—Clinical Forms of Amebiasis J. A. M. A. Vol. 133. Nº 12. Marzo 22 1947, p. 881.
- 4.—EDSON, J. N.; INSEGNO, A. P.; DALBORA, J. B.—Amebiasis Annals of Internal Medicine. Vol. 23. Nº 6. Dic. 1945, p. 960.
- 5.—TAUBENHAUS LEON, J.—Amebiasis J. A. M. A. Vol. 135 Nº 9. Nov. 1. 47, p. 606.
- 6.—MURRAY-LYON, R. M.—Etiología y Diagnóstico de la Amebiasis. Edinburgh Medical Journal. Vol. 54. Nº 2. Febr. 1947 (índice parcial), p. 65.
- 7.—GROFF, H. D.—Cronic Intestinal Upsets due to Amebiasis. Delaware State Medical Journal, Wilmington 20-109-130 (June) 1948, p. 116.

- 8.—CINTRADO PRADO, F.—Amebiasis in Chronic Cholecystitis. J. A. M. A. Vol. 138. Nº 13. Nov. 27 1948, p. 985.
- 9.—SPELLBERG, M. A.; ZIVIN, S.—Amebiasis in Veterans of World War II with Special Emphasis on Extra-Intestinal Complications, Including Case of Amebic Cerebellar Abscess. Gastroenterology, Baltimore 10-349-574 (March) 1948, p. 452.
- 10.—ROGAT, CARLOS.—Consideraciones sobre 20 Casos de Absceso Hepático. Revista Méd. de Chile. Enero 1946, p. 46.
- 11.—TERRY, LUTHER I.; BOZICEVICH, JOHN.—Importancia de la Fijación del Complemento en Hepatitis Amebianas y Abscesos Hepáticos. Southern Medical Journal. Vol. 41. Nº 8. Agosto 1948 (Indice Parcial), p. 691.
- 12.—HARGREAVES, W. H.—Amebiasis. Practitioner. Vol. 157. Nº 938. Ag. 1946 (Indice Parcial), p. 93.
-