

---

---

## NOTAS CLINICAS

*Sección a cargo de los señores Rafael Azuero, Luis Laverde M., internos de la Clínica Quirúrgica, y Alfonso Peláez Mejía y César A. Pantoja, internos de Clínica Médica.*

### **CURIOSA LESION POR ENTAMOEBIA HISTOLYTICA**

*Caso clínico presentado por el servicio del Profesor Juan N. Corpas*

Terminaba de pasar la visita una mañana en el servicio, cuando entró a la sala un enfermo nuevo:

Era un hombre de unos treinta años, alto, de ojos brillantes, hundidos, las mejillas enrojecidas por la fiebre; caminaba encogido, inclinando la cabeza hacia el lado derecho, como si, dando laxitud a sus paredes torácica y abdominal, aliviase algún dolor.

En la posibilidad de examinarlo en seguida, los enfermeros le acostaron inmediatamente para que alcanzara a recibir medicación en la farmacia el mismo día.

El enfermo relata sus antecedentes, bastante cargados patológicamente, así: Oriundo de clima medio, desde temprana edad padeció accesos repetidos de amibiasis intestinal. Su enteritis, nunca curada en forma definitiva, reaparecía con las menores variaciones de régimen.

Salió de su tierra muy joven, fijando su residencia en climas calientes, donde fue atacado de fiebres palúdicas, que muy tenaces, se prolongaron por dos años; en los intervalos de los accesos, cada vez que comía alguna "cosa pesada" sobrevenía nuevamente la amibiasis intestinal hasta que era cortada por tratamiento, suspendido éste a su vez en cuanto comenzaba a mejorar el mal.

La vida le llevó nuevamente a tierras frías, y al salir caluroso de su trabajo una tarde de lluvia, recibió una gran "mojada"; la ropa, empapada en agua, secose sobre su cuerpo y se desarrolló una pneumonía que evolucionó en forma clásica. Pero de este mal el enfermo nunca reaccionó completamente: la tos no volvió a desaparecer, persistiendo aún; se presentaron sudores nocturnos, y de vez en cuando, al expectorar "desgarra" sangre.

Volvió a tierra caliente y, con gran sorpresa suya, transcurrieron varios meses sin que se presentara de nuevo la enteritis; en cambio, el hígado comenzó a hacerse doloroso; la temperatura subía por las tardes y una hiperestesia que le hacía sentir la ropa como una plancha ardiente, se había localizado al hipocondrio derecho.

Un domingo, en una reacción de su mal, fué a jugar con algunos compañeros de trabajo: uno de éstos, para demostrarle que tenía mayores fuerzas, lo cogió, acostado en el suelo, y se arrodilló sobre su tórax: un intenso dolor en las costillas derechas, una crepitación dieron al traste con el juego.

En el sitio del traumatismo continuó el dolor; apareció poco a poco una mancha roja que se fué extendiendo, haciéndose de un color más subido, la temperatura local aumentada y la piel brillante.

Al ver que su mal persistía y se agravaba vino a Bogotá ingresando al Hospital de San José, donde le abrieron un absceso ya fluctuante. A pesar de las curaciones —agua oxigeanda, Dakin, etc.—, no cerró la herida; por el contrario, sobre la sexta costilla apareció otro absceso que se abrió espontáneamente y resistió también a las curaciones. Confiando en que sanaría más tarde volvió a tierra caliente, donde apareció una tercera placa roja, mucho más grande que las anteriores, al mismo tiempo que las fiebres vesperales se hacían intensas y el dolor sobre el hígado casi insoportable.

Al proceder al examen del enfermo se perciben varias cosas interesantes: la inspección del tórax deja ver dos fístulas, sobre las quinta y sexta articulación condro-esternal derecha, por las que sale una rara serosidad, de aspecto muy diferente al pus común, de las fístulas de osteomielitis o tuberculosis. En la parte inferior del hemitorax derecho hay una tumefacción renitente, aplanada, sumamente dolorosa y caliente, sin bordes limitados y al parecer, netamente inflamatoria. El hígado es difícil de percudir por la extrema sensibilidad de la región, como por la exagerada defensa muscular sin embargo se aprecia aumentado de volumen.

El aparato respiratorio está lesionado: la percusión del pulmón derecho da un tono submate en la cima y parte media, siendo además dolorosa en la cima; la respiración es ruda y se pueden sentir traquidos. El pulmón izquierdo parece normal; la dipsnea es ligera, 34 respiraciones por minuto.

El aparato circulatorio está normal; pulso frecuente (95) e hipotenso, ruidos cardíacos normales, sonoros, bien timbrados.

Bazo grande, percutible, aparato genital sano; sistema nervioso indemne. No hay elementos patológicos en la orina.

Veinticuatro horas más tarde, la tumefacción costal, mantenida bajo agua caliente, aparece reblandecida y fluctúa cada vez más. A las 48 horas, en vista de que el estado general decae rápidamente y la fluctuación del tumor, se decide una intervención de urgencia:

Bajo anestesia general se practica una incisión de seis centímetros de largo, sobre la VIII costilla y paralela a ella, lo que dá salida a una gran cantidad de pus chocolate, semejante al de los abscesos hepáticos, y muestra, vaciada, la cavidad subcutánea, las VIII, IX y X costillas, desgastadas, corroídas, casi reducidas a su "tabla" interna.

Otros dos abscesos pequeños, cerrados, situados sobre la VII costilla, se puncionan asépticamente, y su contenido, como el del absceso grande, se preparan en frotis para examen microscópico.

Dado el mal estado general del enfermo, cuya temperatura era de  $39\frac{1}{2}$  en el momento de ser pasado a la mesa, se prescinde de una exploración minuciosa y se llena la cavidad de gasa, suturando en seguida rápidamente.

El pus examinado mostró una enorme cantidad de glóbulos rojos, y de amibas histolíticas de todo tamaño.

En vista de este resultado se optó en el servicio por un tratamiento médico intenso, alternándose la poción brasilera con cinco centigramos de emetina.

En los días subsiguientes a la intervención quirúrgica, coadyuvada ésta por la terapéutica que se acaba de señalar, la temperatura bajó en “escalones” hasta quedar a  $36^{\circ}$  por la mañana,  $37,2^{\circ}$  por la tarde; la supuración fué disminuyendo paulatinamente hasta desaparecer, persiste ligeramente en las fístulas de los abscesos abiertos en el Hospital de San José.

Por consiguiente, el diagnóstico de la sala es el de un absceso hepático abierto a la piel, y que ha tenido la particularidad de lesionar algunas costillas.

La relación clínica da razón del diagnóstico llevado; lo que tiene de interesante es el ataque de la Entamoeba Histolytica al tejido óseo costal y sobre esto vale la pena hacer algunos comentarios: Todos los parasitólogos, (Patrick Manson, Prowazek, Rogers) consultados, señalan las más diversas localizaciones para focos de Entamoeba (abscesos cerebrales, artritis, etc.), pero ninguno señala el ataque a los huesos.

No se sabe, pues, si el sarcoplasma de la amoeba tenga fermentos o diastasas capaces de atacar el tejido óseo; sin embargo, es de recordar en este caso, la teoría, sostenida por algunos autores de que la Endolimax Nana, frecuentemente encontrada en el tártaro dentario, es la autora de la caries, siendo susceptible de transformarse en Entamoeba Histolytica.

Coincide además en el enfermo la presencia de una T. B. C., que probablemente ha contribuido a la demineralización del organismo, facilitando el ataque de las costillas por el protozoario, unido esto a que la presencia de un traumatismo, probablemente una fractura, no apreciable a la radiografía, por la gran condensación en que se encuentra el tejido del pulmón derecho, en la cercanía de un foco supurativo, específico, por decirlo así, ha desencadenado la actividad amibiana sobre los huesos debilitados.

Las fístulas antiguas que no han sanado todavía, tienen alguna infección sobreañadida, sin duda, que se está tratando a fin de que sus microbios desaparezcan sin causar mayor daño sobre huesos tan lesionados.

## UN CASO CLINICO CURIOSO

### HISTORIA

La niña Dolores Guarín, natural de Campo Hermoso, en el Departamento de Boyacá, entró al Servicio el 25 de enero de 1932, después de ocho días de enfermedad, y el Sr. Jorge Helo, que estaba entonces encargado del P. Rosa, hace el diagnóstico de fiebre tifoidea. La enfermedad había comenzado por dolor de cabeza, escalofrío, fiebre, vómito, dolor en el vientre, alteración de la visión, delirio, insomnio, anorexia, sed, epistaxis. A su entrada al Hospital, tiene una temperatura de 38°,5 y un estado de sopor manifiesto; con dificultad contesta a las preguntas que se le hacen; la boca muy seca y los labios y las encías recubiertos por fuliginosidades negruscas, la lengua saburral en el centro y roja en los bordes es seca, temblorosa, el aliento es fétido, la respiración anhelante. Al examen del aparato respiratorio y del aparato circulatorio, no se aprecia nada anormal. El abdomen meteorizado no es doloroso y la palpación en ningún sitio. El hígado ligeramente aumentado de volumen, desborda menos de un dedo el reborde costal. El bazo es perceptible a la percusión en una zona no muy extendida. Sobre la piel del abdomen tiene numerosos piquetes de pulga fácilmente distinguibles de las manchas rosadas lenticulares propias de la fiebre tifoidea, puesto que auncuando desaparecen a la presión, conservan en el centro un punto equimótico. La temperatura continúa oscilando, entre 37°,5 y 38°,5, con remisión matinal y ascenso vesperral durante ocho días, hasta que el 2 de febrero que me hice de nuevo cargo del servicio, presenta la enferma una hemorragia intestinal, no muy abundante, que confirmó el diagnóstico de fiebre tifoidea hecho por mi compañero señor Helo.

Desde entonces pude observar que la fiebre tifoidea seguía su curso normal, hasta el día 8 de febrero, en el que llegó la temperatura a la normal por pequeñas oscilaciones descendentes. Así se mantuvo por espacio de 5 días hasta que el 13 de febrero volvió a elevarse poco a poco y mantenerse en los alrededores de 37° grados por espacio de once días y hacer grandes oscilaciones del día 25 de febrero al 2 de marzo en el que fué operada y pasada a un servicio de cirugía. Aun cuando la temperatura llegó a la normal, la lengua se mantuvo muy saburral, y la región hepática se hizo dolorosa en el punto cístico. Se procedió a una medicación colagoga y desinfectante de las vías biliares, a base de urotropina. Luégo las deposiciones se hicieron fétidas, diarreicas, lientéricas y se le dió calomel a pequeñas dosis como desinfectante del intestino y para que obrara sobre el hígado que cada vez se hacía más doloroso y que comenzó a crecer con suma rapidez. Con el fin de reducirlo se empleó la emetina a pequeñas dosis de 0.01 centigramo al

día, pero creció más, hasta que en el curso de quince días se hizo visible; ocupaba todo el cuadrante superior derecho del abdomen y descendía bastante de la línea horizontal que pasa por el ombligo. Un crecimiento tan exagerado del hígado no podía producirlo en tan corto tiempo sino un absceso, y por lo tanto se resolvió hacer una punción exploradora el 1º de marzo, la cual dió por resultado un pus claro, verdoso, mal ligado, que por sedimentación se dividió en dos capas, una superior líquida, verdosa, otra que quedó en el fondo, blanquecina. Examinado al microscopio se vió que contenía numerosos bacilos móviles. Se procedió a la operación para vaciar el absceso y drenarlo. Del primer pus se hicieron siembras en bilis, medio de Besson y caldo, y prendieron en el caldo y en el medio de Besson a las 24 horas bacilos móviles que se identificaron como tífico, puesto que en el caldo daban a contra luz las ondas "moiré" características, y en el Besson hicieron virar el medio al rojo amaranto sin desprendimiento de gases; la siembra en bilis no prendió. La papeleta del Laboratorio Santiago Samper, N° 2005, dice textualmente: "En los diversos medios se desarrolló un bacilo tífico."

La operación consistió en abrir la pared abdominal en la región epigástrica y llegar directamente al hígado. Numerosas adherencias unían la cara superior del hígado a la pared abdominal anterior; el absceso casi superficial, fué abierto y dió salida a un pus espeso diferente al extraído por la punción. El absceso duró en drenaje quince días. El pus fué cuidadosamente examinado, varias veces, por el Dr. Luque Peña, Jefe del Laboratorio de la Misericordia, con el objeto de buscar amiba histolytica, pero no se encontró ninguna vez.

La enferma curó y salió del Hospital el 21 de abril en estado satisfactorio de salud. Los antecedentes son muy poco claros, puesto que vino al Hospital traída por una tía, que sabía poco de la vida de la enferma; dijo que había tenido diarreas en ocasiones y gusanos.

#### COMENTARIOS

No podría asegurarse en un país en donde la disentería amibiana es endémica, por no haberse encontrado la amiba, que el absceso fuera producido exclusivamente por el B. de Eberth. Es posible que éste se hubiera desarrollado sobre un absceso amibiano inicial.

Es un hecho que el B. de Eberth pueda producir abscesos considerables ya asociado a la amiba, ya solo, como lo demuestra el caso precedente, y que el crecimiento en este caso es muy rápido.

*Eduardo IRIARTE*

Interno del P. Rosa del Hospital de la Misericordia.