

## **Curabilidad de la Amibiasis**

*Dr. Alberto Albornoz Plata \**

Según la opinión de muchos investigadores, parece que la Amibiasis es un problema de gran magnitud en Colombia y no es raro que se le atribuyan distintos síntomas y entre ellos los cardinales en Gastroenterología como son dolor, meteorismo, diarrea, o constipación; muchas veces se le diagnostica a un paciente con uno de estos síntomas y con o sin un diagnóstico coprológico, una Amibiasis, y si estos síntomas se prolongan es frecuente que se le informe al enfermo que sufre de una Amibiasis crónica.

Considero un poco exagerados los conceptos de que toda diarrea o dolor abdominal tiene por asiento una amibiasis antigua; muchas veces puede coexistir uno de estos síntomas con un examen coprológico positivo para histolítica y en realidad tratarse no de una amibiasis como a simple vista se pensaría, sino de una enfermedad mucho más grave en que se requiere profundizar más un diagnóstico.

Entre nosotros se han hecho diversas encuestas para saber el número de afectados por las amibas y éstas oscilan entre un 8 a un 20% de acuerdo con el cuadro siguiente, y el número de notificaciones al Ministerio de Salud Pública oscila también entre 50 y 80.000 casos por año como puede apreciarse en el cuadro que se anexa; posiblemente muchos de estos casos no son exactamente Amibiasis, pues no siempre se dispone de todas las medidas diagnósticas que se deben exigir para estar perfectamente seguros de que es una amibiasis y no otra entidad la que se está contemplando.

\* Prof. Agregado de la Facultad de Medicina. Universidad Nal. Miembro del American College of Gastroenterology.

Este trabajo tiene el propósito de hacer énfasis sobre las bases diagnósticas de esta enfermedad, las causas de error que se pueden presentar y la obligación que tenemos de sospechar otra enfermedad que puede ser grave para no achacar estos síntomas a un "estado amibiano"; bastaría recordar que cualquier paciente ulceroso o con una neoplasia digestiva "tiene todo el derecho" para presentar un examen coprológico positivo para amiba histolítica, y podría ser o un portador o una amibiasis en un canceroso o un ulceroso digestivo.

### AMIBIASIS EN COLOMBIA

#### *CASOS NOTIFICADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA*

Año	Nº de casos	Coficiente por 100.000	Mayor incidencia
1950	48.420	616.5	Atlántico.
1951	45.924	550.2	Antioquia
1952	49.517	672.6	Magdalena
1953	69.362	706.3	Comisarias
1954	80.000	732.7	

### AMIBIASIS EN BOGOTA

#### *COEFICIENTE POR CIENTO*

Autor	Nº exámenes	Coficiente por 100	Año
H. Groot	7.860	20.6	1937
L. Patiño C.		18.5	1940
L. Patiño C.	Estudiantes	9.5	1940
Bonilla R.	4.051	7.5	1945
Albornoz P.	6.376	9.9	1947-49

## CURABILIDAD DE LA AMIBIASIS

## 1º — BASES PARA UN DIAGNOSTICO DE AMIBIASIS

1º—*Examen coprológico:*

## a) Muestra:

1.—Reciente.—Uso de preservativos (MIP - Polivanil alcohol) para envío de muestras.

2.—Examen preferible por concentración. — 37% efectivo en exámenes directos. — 59% en exámenes por concentración. (experiencias de J. E. Tobie).

b) Repetir exámenes hasta 5 veces en días alternos para asegurar un dato negativo. (Experiencias de J. E. Tobie).

28 casos conocidos positivos con *Amiba Histolítica* se diagnostican:

71% en primeros exámenes.

82% en segundos exámenes.

86% en terceros exámenes.

96% en cuartos exámenes.

100% en quintos exámenes.

c) Preferible examen post-laxante. (Preferible sulfato de Na. 10 grs.).

d) Examen hecho por un TECNICO: "No hay un parásito causante de enfermedad, más a menudo mal diagnosticado que la *Amiba Histolítica*. (Elsdon-Dew).

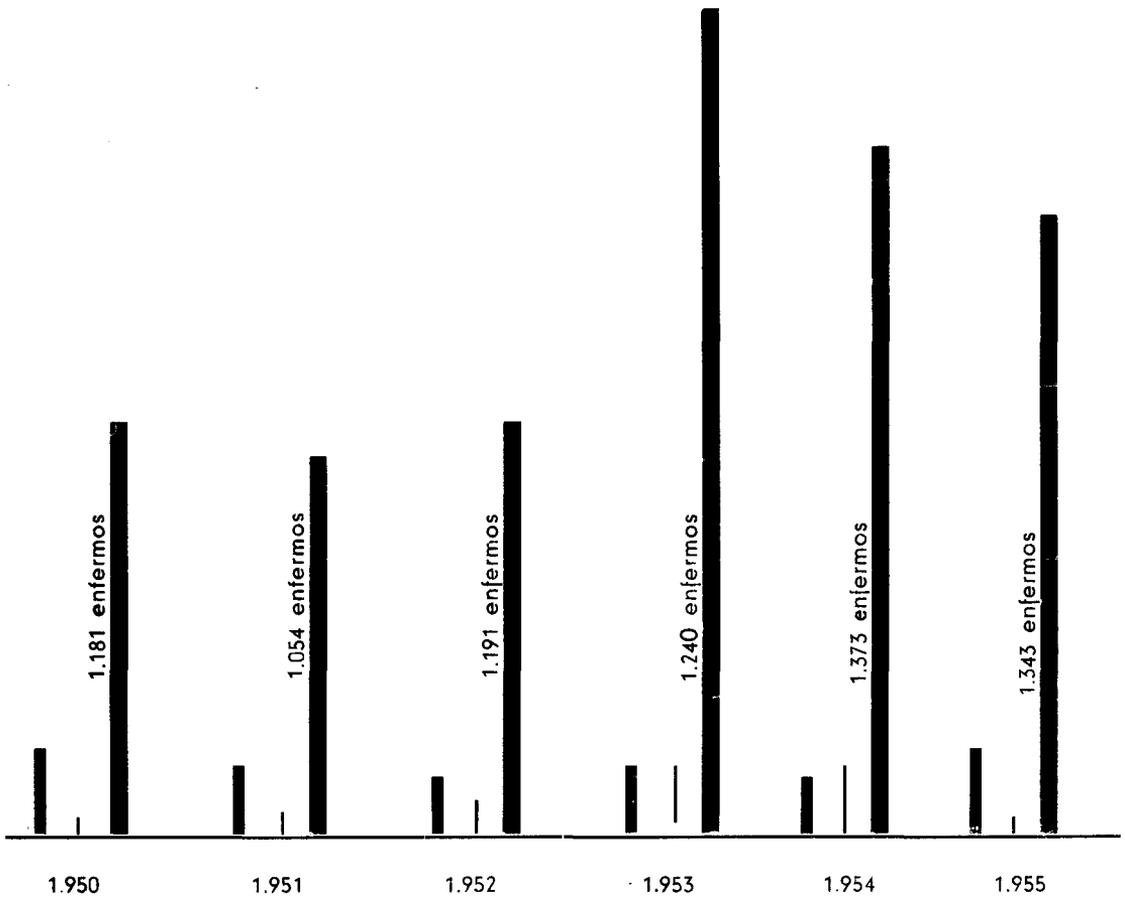
Debe gastarse como mínimo 20 minutos en cada examen (Tobie).

2º—*Examen Rectosigmoidoscopia.*

a) Util en todo enfermo digestivo.

b) En sospecha de amibiasis y examen coprológico negativo.

c) Complementar este examen con un frotis.



GRAFICA QUE REPRESENTA LA INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD EN CADA UNO DE LOS AÑOS:

DE IZQUIERDA A DERECHA LA PRIMERA COLUMNA INDICA EL NUMERO DE ABSCESOS, LA SEGUNDA EL NUMERO DE HEPATITIS Y LA TERCERA EL NUMERO DE AMEBIASIS. VERTICALMENTE LA CIFRA TOTAL DE ENFERMOS.

8 + EN 1952

6 + EN 1955

3º—*Cultivo de la Amiba.*

a) En asocio con bacterias intestinales.

b) Cultivos puros en asocio con *Tripanozoma Cruzi*.

c) Distinta virulencia de esos 2 tipos de cultivos: experiencias en animal laboratorio y en humanos (Westphall). Importancia de la flora intestinal: uso de un antibiótico apropiado como coadyuvante, tratamiento amibiasis.

d) Cultivo positivo: problema de identificación. Persona técnica.

4º—*Reacción de fijación del complemento.*

a) Sólo útil en amibiasis, EXTRA intestinal.

b) Hay falsas reacciones positivas.

c) Diversas causas de error en la preparación de antígenos.

5º—*Rayos X.*

Util para excluir otras enfermedades orgánicas digestivas.

6º—*Diagnóstico Clínico.*

67% de error (Brown).

2º — PELIGRO DE UN DIAGNOSTICO CLINICO  
DE AMIBIASIS

1º—*Se hace el diagnóstico basado en:*

a) Antecedentes de una posible amibiasis.

b) Lugar donde reside el paciente y género de vida.

2º—*Peligro de existir enfermedad orgánica digestiva no identificada por falta de examen de Laboratorio y Rayos X.*

3º—*Cuadros digestivos que simulan una amibiasis.*

a) Shigellosis.

b) Salmonellosis.

c) Ulceras.

- d) Colecistopatías.
- e) Neurosis digestiva.
- f) Colon irritable.

4º—*Común coexistencia de Amibiasis y Otra Enfermedad intestinal.*

### 3º—PORTADORES O ELIMINADORES DE QUISTES

1º—84.3% de los casos agudos quedan como portadores.  
(Mc - Hardy - Spellberg).

2º—*Sin síntomas por:*

- a) Raza pequeña de quistes: menores de 10 micras: 7% de los portadores (Imboden y Beye).
- b) Influencia flora intestinal.
- c) Influencia de la alimentación. Experiencia de Elsdon - Bew.

3º—*Determinado por:*

- a) Tratamiento insuficiente.
- b) Por exposición a infección constante:
  - 1.—Alimentación.
  - 2.—Bebidas.
  - 3.—Moscas, cucarachas.
  - 4.—Higiene personal.

4º—*Peligros de atribuir síntomas del paciente al dato coprológico para Amiba Histolítica: Experiencia de Brown.*

(J. A. M. A. - Vol. 160. N° 5, página 360, February 4, 1956) :

75 pacientes considerados como AMIBIANOS, sólo en 1/3 casos los síntomas eran debidos a la Amiba Histolítica y en 2/3 el hallazgo era coincidencial y no la causa de los síntomas.

## SINTOMAS EN 75 PACIENTES CON AMIBAS

<i>Síntomas</i>	<i>Pacientes</i>	
	Nº	%
Hábitos intestinales normales . . . . .	33	44.
Constipación . . . . .	34	32.
Calambres abdominales . . . . .	20	27.
Diarreas . . . . .	18	24.
Sangre en las heces . . . . .	12	16.
<i>Úlcera duodenal</i> . . . . .	9	12.
Meteorismo . . . . .	7	9.
Historia de diarrea . . . . .	7	9.
Distensión . . . . .	6	8.
Dolor abdominal . . . . .	6	8.
Eructos . . . . .	4	5.
Pirosis . . . . .	3	4.
Colelitiasis . . . . .	2	3.

## 4º — EPIDEMIOLOGIA DE LA AMIBIASIS

1º—Infección solo por quistes (casos crónicos y portadores).

2º—"Corto circuito": Boca, Susceptible, descarga intestinal enfermo o portador.

3º—Diversos vectores: alimentos (más si son crudos), bebidas, moscas, cucarachas, MANOS.

## 5º — CURABILIDAD DE LA AMIBIASIS

1º—Posible y comprobado por drogas específicas; amebicidas y antibióticos apropiados.

2º—Dieta alta en P. bajo en Hc. y G.

3º—Tres controles coprológicos, uno cada 8 días.

4º—Indispensable: Educación Higiénica del paciente y control sanitario de su modus vivendi, para evitar reinfección CRÓNICA.

### Experiencias Islas Aruba (Schoenleber).

25% amibiasis: se descubrieron portadores, se tratan y educan: se reduce en el 50% en un año y 92% en dos años.

### EXPERIENCIA ZONA VI DE BOGOTA, D. E.

Año	Coef. % portador.	ó	ó dif.
1947	12.25	0.69	
1949	7.80	0.64	4.3

### 6º — INCURABILIDAD DE LA AMIBIASIS

1º—Falta de profundizar examen para llegar al diagnóstico verdadero.

2º—Tratamiento insuficiente.

3º—Estado crónico de reinfección por falta de *Tratamiento Preventivo*.

### 7º — CONCLUSIONES

1º—La amibiasis sí es curable si se evitan las reinfecciones crónicas.

2º—Indispensable además de la labor DIAGNOSTICO - TERAPEUTICA del médico el tratamiento preventivo directo con el paciente.

3º—Los casos incurables o crónicos se deben:

- a) Diagnóstico equivocado.
- b) Persistencia de reinfección.