

UN TIPO OBSTRUCTIVO AGUDO DE AMIBIASIS INTESTINAL

Por el doctor Alfonso Gutiérrez P.

A finales de 1948 tuve oportunidad de observar un tipo, de enfermedad abdominal aguda intensa con fondo parasitario específico, que cede fácilmente al tratamiento y que se presta a errores diagnósticos de importancia.

En un caso, se trataba de un hombre de 33 años visto en XII, 1948, que fue atendido de urgencia por un violento dolor abdominal difuso de comienzo súbito, dolor algo más intenso hacia el epigastrio, acompañado de vómito alimenticio abundante y de deposiciones diarreicas la última de las cuales consistió casi exclusivamente en una abundante emisión de sangre roja; el paciente había estado ingiriendo casi continuamente bebidas alcohólicas en los dos días anteriores al episodio agudo. Aproximadamente un año antes había tenido una disentería aguda, después de la cual se hizo estreñido, con emisión de deposiciones delgadas y ocasionales y breves episodios diarreicos espontáneos. Al examen se encontró un abdomen abombado, doloroso y muy meteorizado, especialmente en el lado derecho, en donde se apreciaba intensa resistencia muscular. Los ruidos cardíacos eran débiles, la tensión arterial de 90 por 50 y el pulso era de 130 p.p.m. La temperatura no pasó de 36.6 grados. El facies era peritoneal. En la sangre se encontró una leucocitosis de 20.000, con 85 por ciento de polinucleares neutrófilos y aneosinofilia. A causa de la hemorragia intestinal se exploró el recto, con el siguiente resultado: mucosa rectal brillante, ligeramente congestionada; entre los 4 y los 9 centímetros de profundidad se hallaron pequeñas ulceraciones múltiples más o menos ovaladas, de unos 5 mm. en su mayor diámetro, con bordes irregulares y fondo rojo brillante rodeadas de un estrecho halo congestivo, algunas de ellas cubiertas de moco grisáceo; en la

parte alta del recto y en todo el sigmoide la mucosa fue de aspecto normal. Se tomaron muestras de moco para investigación microscópica. En ellas se encontraron abundantes quistes y algunos trofozoitos de *E. histolítica*. El enfermo fue tratado con emetina, Yatrén y Arsénico, con resultado completamente favorable en una semana y media.

En el otro caso, se trataba de un hombre de 49 años visto en diciembre 27 de 1948, que presentó al día siguiente de una borrachera un violento dolor abdominal hipogástrico con dilatación intestinal de tipo obstructivo, acompañado de escalofrío y fiebre hasta de 39 grados. El enfermo permaneció estreñido durante cuatro días, pero hubo abundante emisión de gases fétidos. Al examen se encontró un abdomen meteorizado con algo de defensa del músculo recto derecho y una zona dolorosa paramediana derecha de unos cuatro centímetros cuadrados y tres dedos por encima del pubis; el dolor se irradiaba a la ingle del mismo lado. Este paciente tuvo hace cuatro años una disentería; una vez pasada ésta, quedó con estreñimiento interrumpido de vez en cuando por breves descargas diarreicas; las deposiciones eran escasas y en forma de lápiz. A causa de la apariencia de una obstrucción baja se practicó la rectoscopia y se encontró una mucosa rectal rosada, húmeda con abundante secreción mucosa; entre los nueve y los catorce centímetros de profundidad se encontraron pequeñas ulceraciones ovalares, sangrantes, y algunas cicatrices. Se tomaron muestras de moco en el que se encontraron abundantísimos quistes y muy escasos trofozoitos de *E. histolítica*, y glóbulos rojos. En la sangre se hallaron 11.950 leucocitos, con 73 por 100 de neutrófilos y 1 eosinófilo. El paciente fue tratado con emetina y arsénico. El resultado fue completamente favorable desde el tercer día del tratamiento.

En ambos casos, como se ve, había antecedente disentérico y una historia de estreñimiento espástico ocasionalmente interrumpido por cortas descargas diarreicas espontáneas. Como causa desencadenante inmediata, aparecía un exceso alcohólico y el cuadro clínico planteaba el diagnóstico con una obstrucción intestinal aguda por lo súbito y violento del dolor, por el tipo de meteorismo, por la defensa muscular del abdomen y por la sintomatología general coexistente. En el segundo caso, fue muy llamativo el cuadro de obstrucción intestinal baja incompleta. Llama la atención sin embargo el hecho de que el cuadro obstructivo traduzca una reducción aguda e incompleta de la luz del intestino, y que los fenómenos de hipocloremia no sean tan intensos ni tan rápidos, ni sean progresivos, como sucede en la

obstrucción verdadera. El hecho de encontrarse las lesiones intestinales con la rectoscopia y las amibas en la investigación parasitológica, así como la rápida y total regresión de los fenómenos por el tratamiento antiparasitario adecuado, indican el origen amibiano del síndrome. Todo parece suceder como si, a favor de la acción del alcohol se desencadenara una estenosis espástica, transitoria e incompleta en un intestino previamente lesionado por las amibas cuyas lesiones han seguido una evolución crónica. Otro detalle de interés es el que se encuentren quistes en abundancia y en cambio, sean muy escasas las formas trofozoíticas. Resaltan, asimismo, la necesidad y la utilidad de la exploración rectoscópica en los síndromes de apariencia obstructiva.