

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO DE PLEURESIA POR AMIBA HISTOLOGICA

Por el doctor Max Olaya Restrepo

(Leído en la Segunda Convención Anual de la Asociación Nacional de Gastro-Enterología)

Parece probable que el caso que aquí se presenta es el primero en la literatura Médica Nacional, en el cual se ha encontrado la *Endamoeba Histolítica* en un órgano que no se considera frecuente entre las localizaciones extra-intestinales de este parásito. En efecto, en la breve revisión que se ha hecho de la bibliografía, se encuentran publicadas varias localizaciones en la piel, una en la vagina, las rarísimas cerebrales y las un poco más numerosas del parenquima pulmonar.

Cabe aclarar que he denominado órgano a la pleura, por tener esta serosa funciones definidas que la elevan a categoría similar a la de las vísceras, no sin tener en cuenta que es una cavidad virtual que para poder existir positivamente debe estar llena de algún humor líquido.

Por la rareza del caso creo conveniente adelantar algunos de los argumentos que favorecen su exactitud, porque es de temer que se objeten algunas ideas en oposición a la originalidad del fenómeno. Es así como se dirá que este caso clínico no pasa de ser sencillamente una pleuresía de vecindad y que lo que se presenta como amibiasis pleural es sencillamente un absceso hepático descuidado, mal diagnosticado y abierto espontáneamente a la cavidad pleural. Conviene entonces advertir que cuando un absceso hepático por su gran tamaño y por su cercanía a la cara superior del hígado tome para evacuarse la vía pulmonar, lo hace, según rezan los textos, a través de un bronquio y en forma de vómica, con inolvidables caracteres dramáticos.

Además los caracteres organolépticos del pus hepático son fundamentalmente diferentes a los del pus de otros órganos, hasta el grado de que su color, su viscosidad y su aspecto son un signo de diagnóstico diferencial.

Adviértase que no se trata de presentar un caso de amibiasis pleural PRIMITIVA en el sentido de localización primera que esta palabra tiene. Se acepta que indudablemente nuestro enfermo debió haber tenido amibas en alguna forma, en su intestino pero lo que se pretende es aclarar que el hígado de este paciente estuvo indemne durante toda la evolución clínica de su enfermedad. Es evidente que de acuerdo con las conclusiones a que llegara el médico colombiano doctor Primitivo Rey en su monografía doctoral, en las cuales presenta casos de amibiasis hepática, coexistiendo con un buen estado funcional del hígado, este órgano resiste muy bien las graves amenazas que para él representa la necrosis de sus células por la amiba sin alterar manifiestamente sus funciones exo y endocrinas.

Finalmente los considerandos del postulado de Koçh, me sacan valedero sobre la identidad amibiana de esta pleuresía: se demostró su presencia al examen directo por coloración y en los cultivos; faltó sólo la inoculación experimental, que sin embargo puede ser reemplazada por la prueba terapéutica y así no tendré la necesidad para alcanzar el crédito y la confianza de quienes me oyen, de lanzar el clásico reto de los cazadores de microbios: "Si dudais de este germen: dejáoslo inocular".

Breve historia clínica.

Nombre del paciente, José Antonio Olea.

Natural de Barrancabermeja.

Edad, 20 años.

Profesión u oficio habitual, trabajador del petróleo.

Antecedentes patológicos anteriores, enfermedades venéreas, gripe, parasitismo intestinal.

Fue incorporado como soldado en el Batallón de Infantería N^o 18 (Coronel Jaime Roock) de Guarnición en Ibagué en el mes de julio del año de 1948.

Se presenta una mañana del mes de octubre a la consulta, aquejado de síntomas catarrales. Por esa época estalló un brote epidémico de parotiditis infecciosa epidémica y posteriormente otro de varicela post-vacinal. Ambas entidades afectaron a este soldado.

Al examen llamó la atención: la palidez muy pronunciada; una

tos seguida de escasa expectoración y moderada fiebre. En la rutinaria consulta médica de un cuartel se rotula y se trata este síndrome mínimo como Bronquitis Catarral y se le da muy poca importancia, hasta el punto de tratarlo colectivamente con medicación balsámica, sedantes de la tos y sulfapiridina en comprimidos.

Pero este soldado que visto superficialmente se hubiera escapado por la ancha y fácil puerta de una bronquitis banal fue sin embargo auscultado cuidadosamente por el suscrito y de la auscultación partió toda la génesis del hallazgo que hoy presento.

En efecto el pulmón derecho en sus lóbulos medio e inferior era completamente negativo al fonendoscopio. Había aumento de las vibraciones y exageración en el murmullo vesicular en la cima de ese mismo lado y en el espacio interescapulo-vertebral. El pulmón izquierdo parecía normal.

Con base en estos hallazgos se procedió a puncionar al enfermo, por vía de diagnóstico y de ensayo y la punción fue POSITIVA. Se extrajeron 10 cc. de un líquido purulento, amarillo claro, mal ligado y sin caracteres especiales.

El tratamiento de una entidad clínica de esta naturaleza, se hacía en las enfermerías militares, a base de sulfas per os, medicación magistral, calcioterapia y la segura y económica ayuda del tiempo. Por esa época la dotación de Penicilina era en tal modo escasa, que se agotaba en una sola blenorragia, por cuánto ya amagaban los primeros diplococos de Neisser, penicilino-resistentes.

El tratamiento proseguido durante ocho días, no sólo no mejoró al paciente, sino que éste presentó algunos síntomas de franca pleuresía purulenta, que obligaron a hospitalizarlo en san Rafael de Ibagué.

Una nueva punción, dió casi 100 cc. de líquido pleural, de los cuales se enviaron 15 cc. al Laboratorio.

Se transcriben textualmente los informes del bacteriólogo:

Fecha, octubre 4 de 1948.

Señor José Antonio Olea (Ejército Nal.).

Al señor doctor Max Olaya.

Examen de: Líquido Pleural.

Investigación de: Examen completo.

Resultado: *Caracteres físicos*: Líquido de exudado. Cantidad 15 cc. Sero-purulento. Reacción de Rivalta, Positiva. Color amarillo citrino pálido. Inodoro. Parcialmente coagulable y retardada. Ph: 7.2 Densidad: 1.0225.

Caracteres químicos:

	Miligramos	/100
Proteínas totales: (de la porción serosa del líquido obtenido por centrifugación)	4.225	
Substancias reductoras: (Lígera Glucolisis).	53	
Cloruros	475	
Urea.	25	

Cito-diagnóstico:

Hematíes	2.000 por mm. cub.
Células totales	22.800 por mm. cub.

Recuento diferencial: (Coloración supra-vital).

Polinucleares acidófilos bien conservados	23%
Polinucleares neutrófilos con tendencia plocítica	60%
Polinucleares bien conservados y en su mayoría fagocitos	3%
Mononucleares linfocitos en autólisis	10%
Células mesoteliales en acúmulos foliáceos	4%

Además se encuentran otros elementos, en el examen de preparaciones en fresco, con movimientos ameboides y emitiendo seudopodos. Abundantes glóbulos de pus, caracterizados por la coloración supra-vital. Células mesoteliales algunas en integridad citológica, otras en grado variable de degeneración de su núcleo y protoplasma: algunas con edema y vacuolización del protoplasma.

Examen bacteriológico.

En las preparaciones en fresco y gota suspendida hay gérmenes fagocitados, en el examen ultra-microscópico no se encuentra nada especial. En la coloración al Gram se encuentran algunos bacilos y cocus Gram-negativos intra-celulares. En la coloración para gérmenes alcohol-ácido-resistentes, tanto en frotis directo como por concentraciones no hay nada especial.

Los cultivos para aerobios en medios de enriquecimiento dieron colonias muy pobres que vistas al microscopio son cocus Gram-positivos. No se hicieron otras pruebas de identificación.

Los cultivos de anaerobios dieron resultado negativo hasta las cuarenta y ocho horas de incubación.

Se practicaron cultivos para ENDAMOEBIA HISTOLITICA dando resultado POSITIVO. (Abundantes formas vegetativas bien caracterizadas).

(Firmado) *Hernando Forero Rubio*

*

La conclusión final de este informe: ABUNDANTES FORMAS DE ENDAMOEBIA HISTOLITICA, habidas por cultivo, en medio especial, es el estribo sobre el cual reposa toda la importancia de esta historia y justifica presencia en esta Asamblea.

El bacteriólogo me notificó que era su primer caso y le correspondió el número de orden 20.248.

De él se enteraron, los señores doctores: Abel Jiménez Gómez, Eduardo de León Caycedo y Luis Eduardo Vargas. Este último contribuyó al tratamiento.

En su primer período de reclusión hospitalaria (Enfermería Militar), cuando no se había aclarado el diagnóstico fue experimentalmente tratado con inyecciones de CALCICOL, endopleural, producto americano con el cual yo estaba haciendo algunos ensayos en otras pleuresías, hasta cuando un reporte de la Casa Productora me obligó a abandonarlo.

Ya aceptada la etiología, se le dió medicación anti-amibiana de fondo y se le inyectaron cinco centímetros de emarseno, disueltos en 20 centímetros de Suero Fisiológico. Se le practicaron dos controles radiográficos, pero conviene advertir que por las deficiencias técnicas y humanas de que por ese tiempo se padecía en el Hospital de Ibagué, estas radiografías carecen de valor probatorio.

La curación del paciente fue integral. Meses más tarde tuve oportunidad de verle en la Policía Militar.

Consideraciones fisiopatológicas.

Cuál es el mecanismo de las colonizaciones para-intestinales de la Amiba Histolítica?

Se acepta que la circulación porta viene claramente dividida en la luz de la vena y que por ello existe un determinismo en la fijación de la amiba, en uno u otro lóbulo del hígado. Con esto se admite en

principio que es la sangre la amplia vía de tránsito para las amibas y tiene entonces razón Pekzetaki, de la Escuela Médica de Lyon, cuando habla de una amiboemia, es decir, generalización sanguínea de los parásitos. Pero esta vía, explicaría las apariciones a contra-corriente del protozooario?

Sucede algo parecido a lo que se viene discutiendo sobre las localizaciones de los neoplasmas; se apeló al término genérico de metástasis y se inculcó a la linfa de ser el conductor útil. Pero esta clásica noción ha venido siendo batida por la sugestiva de las enfermedades sistemáticas y yo creo que la amibiasis puede ser catalogada como una enfermedad de sistema.

Es entonces la respuesta de los tejidos similares embriológicamente, así estén colocados a distancia, la explicación que permite entender por qué una entidad intestinal, puede afectar una serosa a distancia.

La amibiasis intestinal afecta por la profundidad de las ulceraciones, la serosa peritoneal, luego no es extraño aceptar que la serosa pleural pueda ser atacada por la vía sanguínea de retorno, en un caso de amibiasis intestinal.

Como quiera que no existe ningún documento escrito que trate de amibiasis en la pleura no es posible fijar los síntomas de esta entidad para darle categoría y sistematizarla con miras a su diagnóstico clínico. Su hallazgo será siempre por el microscopio y las más de las veces deberá ser necesario cultivar el humor extraído por punción, porque el examen directo es significativamente pobre en elementos.

Estudiando en los tratados de Tisiología las enfermedades pleurales no se habla tampoco de que la amiba histolítica pueda albergarse en la cavidad pleural, es decir que se excluye como agente etiológico de las pleuresías. Puede deberse este silencio a que apenas hace una década que la amibiasis humana perdió su carácter de enfermedad exótica, saltó por encima de los trópicos y cubre ahora el mapamundi, faltando apenas que llegue hasta los tratadistas de enfermedades tropicales.

Hace ya cinco años que el colombiano doctor Luis Ardila Gómez hizo pública su vasta experiencia en enfermedades del trópico, en un folleto presentado a la consideración de la H. Academia Nal. de Medicina, impreso en el cual sin embargo pecaba por una demasiada generalización de las posibilidades patogénicas de la amiba.

Conviene sin embargo recordar que en 1923 se aceptó en la Facultad de Medicina de Bogotá una tesis doctoral sobre "LOCALIZACIONES EXTRA-INTESTINALES DE LA AMIBA HISTO-

LITICA" en el cual se adelantaban estas dos peregrinas teorías: que el cáncer y el linfoma maligno de Hodgkin, eran enfermedades de etiología amebiásica. Esto es apenas un recuerdo curioso.

Con la adición de la pleura como órgano infectable por la amiba, no sólo se extiende el campo de las posibilidades de este protozoo sino que, se arroja una luz sobre algunas entidades pleuro-pulmonares aún oscuras.

Pertenece a la escuela antioqueña, el mérito de haberle quitado a la tuberculosis un poco de su exagerada importancia en la producción de muchos síndromes que hoy se entienden como producto del sílice de las minas y de las fábricas: la silicosis, sobre la cual el primer trabajo en la bibliografía médica colombiana pertenece a la Escuela de Medellín, tiene ahora categoría individual en la patología pulmonar. Luego, siempre a partir de las sombras radiológicas, que son fuente inagotable de ideas en medicina, entra a figurar la histoplasmosis como entidad capaz de dar patología pulmonar NO TUBERCULOSA. Por qué no aceptar desde ahora la amiba como fuente de males pleurales, ya que el pulmón hace tiempo que fue conquistado por ella?

El tratamiento de una amibiasis pleural, creo yo, debe hacerse como el de una pleuresía supurada y en esto, cedo la batuta a los expertos. La emetina puede llevarse a la cavidad pleural y yo lo hice en la forma comercial de EMARSEN. Si luego de este sabio concilio, la Emetina sobrevive como tratamiento de la amibiasis, aconsejo usarla en los casos que puedan encontrarse.

El pronóstico del caso presentado, fue excepcionalmente bueno hasta el punto de que me acuerdo que la segunda radiografía, no revelaba ninguna huella lesional o cicatricial.

Aun cuando saltan al ruedo las deficiencias de esta lectura, conviene destacar las más prominentes: no haber hecho un previo examen de materias fecales, parece que es la principal objeción, valedera hasta el punto de que hace tambalear la identificación de las amibas en el cultivo. De no ser un caso PRIMITIVO de amibiasis en el cual NO HUBIERA AMIBAS EN EL INTESTINO, se mantiene la posibilidad de que siendo secundario, el parásito hubiera llegado SIEMPRE POR VECINDAD a través del hígado, con lo cual la importancia y la originalidad del caso se pierden en la familiar ocurrencia de las pleuritis y pleuresis de vecindad.

La identificación de las amibas debe siempre hacerse por la inoculación al animal receptivo y nunca por el aspecto morfológico, dirán los escépticos parasitólogos que me estén escuchando.

Sin embargo la minuciosidad del examen de ese exudado pleural, es tan delicada, que tengo por seguro que ERAN AMIBAS HISTOLITICAS, en forma vegetativa.

Finalmente el valor concedido a la prueba del tratamiento con Emetina INTRAVENOSA y ENDOPLEURAL, no debe exagerarse, dirán los terapeutas, porque un derrame o una exudación, o una secreción aumentada cualquiera, son siempre disminuídas por la acción anexomóstica de la emetina, que es indiferente al germen causante.

Cuando se introduce un farmaco al organismo, sin existir razones, sus efectos no son nunca tan brillantes como cuando esta droga va a neutralizar o a paralizar alguna acción patógena. Si no había amibas en esa pleura, la emetina no hubiera dado resultados tan elocuentes, como los obtenidos en este caso humano.

Bucaramanga, mayo de 1950.

Max Olaya Restrepo

Médico Cirujano. Oficial Sanidad Ejército

BIBLIOGRAFIA SOBRE EL TEMA GENERAL DE LA AMIBIASIS

Consúltese el "Index Medicus.

Profesor Doctor Alfonso Bonilla Naar. "Historia de la Parasitología y de la Medicina Tropical en Colombia. Rev. Fac. Med. Bogotá.

Profesor Abraham Afanador Salgar. Un caso de Amibiasis Vaginal.

Profesor Luis Patiño Camargo. "Helmintiasis y Protozosis en Colombia", Rev. Facultad Med. de Bogotá.

Profesor Pedro José Sarmiento Ll. "El Absceso Hepático Amibiano". Trabajo de Agregación a la Cátedra de Enfermedades Tropicales.

Doctor Luis Ardila Gómez. "La Amibiasis Intestinal y Hepática en Colombia". Folleto.

Doctor Edmond Saaibi S. Bucaramanga. Tesis de Grado Fac. de Medicina Javeriana. Bogotá. 1950.

Amibiasis, Patología y Diagnóstico. Folleto del Departamento Médico de G. D. Searle & Co. Volumen I.

Doctor José Miguel Restrepo. Conferencias de Clínica Terapéutica. (Libro. Edit. Siglo XX).

Doctor Alonso Restrepo Moreno. Estudios Varios.

Doctor Hernando Vélez Rojas. Tesis de Grado. Fac. de Med. de Universidad de Antioquia.

Tratamiento de la Amibiasis por los Antibióticos. Tesis de Grado de la Facultad de Medicina de Bogotá.

Amibiasis. Extra-Intestinales. Tesis de Grado.

Otros libros y Revistas consultados. Craig and Faust. Stits, Strongg. Manson-Bahr: Joyeux et Sice.

Revista de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional. 15 volúmenes 1933-1950.

Boletín Clínico de la Fac. de Med. de la Universidad de Antioquia. Medellín. 5 volúmenes. Revista de la Academia de Medicina de Medellín. 1 volumen.

Revista Médica de Bogotá. Repertorio de Medicina y Cirugía.

Revista "Medicina y Cirugía" de Bogotá. Organó de la Sociedad Médico-Quirúrgica "Lombana Barreneche".