

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director, Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. VII

Bogotá, agosto de 1938.

N.º 2

LA RADIOLOGIA DE LA AMIBIASIS

Por el doctor Gonzalo Esguerra Gómez.

Profesor de Radiología de la Universidad Nacional de Colombia. S. A.
Deiegado de la República de Colombia al Quinto Congreso Internacional
de Radiología (1).

Por ser la República de Colombia un país tropical, la amibiasis producida por endamoeba histolítica es sumamente frecuente. Puede decirse que hay amibiasis en todas las ciudades de Colombia, pero su índice de infección—que no ha podido precisarse hasta ahora por falta de estadísticas cuidadosas—varía de acuerdo con los diversos climas. Ciudades edificadas a una altura de 2.634 mts. como lo es Bogotá, la capital de Colombia, dan un porcentaje elevado de amibiasis no sólo porque un gran número de sus habitantes salen con frecuencia a climas más bajos, sino porque está demostrada la contaminación en individuos que nunca han salido de allí. Pero comparativamente con otras ciudades, el número de amibianos a alturas de 2.600 mts. con una temperatura anual casi constante alrededor de 14 grados, es el menos grande. Ese número es muy superior en ciudades edificadas al nivel del mar como Barranquilla o Santa Marta, cuya temperatura media es de unos 27 grados C. Y parece que en los climas medios situados entre 800 y 1.600 mts. sobre el nivel del mar, con temperaturas que varían de 18 a 23 grados C, es aún más frecuente. La diferencia entre los dos últimos grupos no se considera muy grande y más que todo varía con las localidades estudiadas, cuya infestación es naturalmente variable. Todas ellas están profundamente invadidas por la amibiasis; y solamente puede establecerse diferencia con aquellos sitios que pasan de 1.800 mts. de altura sobre el nivel del mar, en donde sin duda es menos abundante. Me ha tocado ejercer la profesión en la ciudad de Bogotá, capital de la República, y teniendo en cuenta las consideraciones anteriores hay que pensar en el grado de propagación

(1) Presentado ante el V Congreso Internacional de Radiología (Chicago, septiembre de 1937).

amibiana en climas más bajos, cuando los datos estadísticos que he procurado recoger demuestran la expansión considerable de esta infección en los habitantes de Bogotá.

Los datos a que me refiero son los siguientes:

En el Laboratorio bacteriológico del Hospital de la Misericordia de Bogotá, el cual está destinado exclusivamente para los niños, y donde se atienden gratuitamente todas las enfermedades infantiles que pueden presentarse en estos muchachos del pueblo, se sigue como norma la práctica de un examen coprológico para investigar parásitos intestinales en casi la totalidad de los hospitalizados.

En 2.218 exámenes coprológicos, hechos del 1º de enero de 1936 al 30 de abril de 1937, se encuentran 173 con quistes de amibas histolíticas y 75 con formas vegetativas de las mismas, o sean 248 casos de amibirosis en los examinados. Se puede decir por lo tanto que un 11,18% de los niños que han pasado por el hospital eran portadores de gérmenes amibianos.

En el Laboratorio del Hospital de San Juan de Dios, que es justamente en el que se encuentran las clínicas de la Facultad de Medicina, tomé también el dato sobre 2.218 exámenes coprológicos verificados en los últimos meses del año 1936 y en el año de 1937 hasta el 15 de junio. 670 con quistes de amibas histolíticas y 151 con formas vegetativas fueron los datos obtenidos. Es decir un porcentaje de infestación de 37,01%. Es conveniente advertir que en dicho hospital no existe un examen general para todos los pacientes, —cuyo promedio diario es de 1.400 enfermos— sino únicamente para aquellos que clínicamente se sospechan como parasitados intestinales, ya sea de uncinaria, áscaris, tricocéfalos, protozoarios, etc.

En el Laboratorio particular del Profesor Federico Lleras Acosta se encuentran 89 casos con quistes o formas vegetativas amibianas, sobre 509 examinados en el curso de este año y en los últimos meses de 1936. El porcentaje es por lo tanto de un 17,8%. Y en otro Laboratorio particular, el del Profesor Pedro J. Almánzar hubo en 1.604 exámenes coprológicos hechos del primero de junio de 1935 al 30 de mayo de 1937, 161 con gérmenes amibianos, o sea un porcentaje de 10,03%. Hay que advertir que a estos dos últimos Laboratorios se envían solamente los individuos de las altas clases sociales en los cuales se ha pensado clínicamente en un parasitismo intestinal, o que por estar sometidos a un examen muy completo de su organismo se ha solicitado esta investigación sin sospecha clínica aparente. Pero estos últimos son los menos frecuentes.

El total de los exámenes coprológicos citados fue de 6.540, de los cuales hubo 1.319 con quistes o formas vegetativas de amibas histolíticas. Es decir un 20,16% de exámenes positivos para gérmenes amibianos.

Las estadísticas anteriores ponen de manifiesto la frecuencia de la amibirosis en los habitantes de la ciudad de Bogotá. Y como se acepta

que esta enfermedad está mucho más extendida en los climas bajos, hay que pensar en lo frecuente que es la amibiásis en el territorio colombiano.

Ahora bien, esta frecuencia de la amibiásis es de todos los médicos colombianos ampliamente conocida y de ahí que sus conocimientos clínicos al respecto sean lo suficientemente cimentados para despistar esta enfermedad en todos los casos de sintomatología disenteriforme aguda o crónica. Al mismo tiempo los bacteriólogos que se ocupan de su investigación microscópica tienen una gran práctica, lo cual nos permite tenerle la suficiente fe a los exámenes hechos por ellos. Pero hay que tener en cuenta dos factores importantes: es el primero, el hecho reconocido de que un examen coprológico aislado negativo para gérmenes amibianos, no implica la ausencia de estos parásitos. Un mínimo de tres exámenes consecutivos hechos en el intervalo de un mes son necesarios para obtener una seguridad al respecto. Y es el segundo el porcentaje de enfermos portadores de amibas sin fenómenos disentéricos.

Como la sintomatología de la amibiásis es excesivamente variable, los conocimientos clínicos de los médicos que ven con frecuencia esta enfermedad, los datos que le suministra el Laboratorio, y los éxitos obtenidos en algunos enfermos con el tratamiento anti-amibiano a pesar de los exámenes negativos de Laboratorio, no son suficientes para descubrir todos los pacientes que sufren molestias digestivas por una infección amibiana.

Las manifestaciones variables de la amibiásis, nos permiten clasificar esta enfermedad en los cuatro grupos siguientes:

1º Amibianos con fenómenos disentéricos en período agudo.

2º Amibianos crónicos con ataques disentéricos de repetición.

3º Amibianos crónicos con fenómenos digestivos variables, sin fenómenos disentéricos: a) Con antecedentes disentéricos. b) Sin antecedentes disentéricos.

4º Portadores de gérmenes amibianos sin síntomas clínicos.

Los dos primeros grupos, que son los que se diagnostican diariamente tanto por la clínica como por el Laboratorio, casi nunca son enviados para un examen radiológico. Solamente se examinan algunos disentéricos con ataques de repetición, en el intervalo de dos crisis. Pero por regla general no se acostumbra examinar radiológicamente los enfermos de los dos grupos citados. En cambio a los Laboratorios de rayos X llegan con relativa frecuencia individuos sin síntomas de colitis, con fenómenos digestivos variables y la mayoría de las veces sin sospecha de una amibiásis, en los cuales se llega a demostrar por el examen radiológico la existencia de esta enfermedad. En cuanto al último grupo, el de los portadores de gérmenes, sólo se vé en un Laboratorio de rayos X por vía de experimento, puesto que un individuo que no sufre ninguna molestia no va a consultar ni al especialista en vías digestivas ni al radiólogo.

Es por lo tanto el tercer grupo el que llega a los Laboratorios de Radiología, y como generalmente no se ha pensado en la amibiasis por el examen clínico, y cuando hay antecedentes disentéricos el enfermo no los recuerda en el primer momento por ser ya lejanos, el encontrar signos radiológicos que permitan orientar el diagnóstico hacia la amibiasis es de gran utilidad.

En mi Laboratorio particular de la Clínica de Marly encuentro en un total de 11.067 enfermos examinados hasta la fecha, 124 casos de colitis amibianas confirmadas y 13 de colitis amibianas probables. De estos 11.067 examinados, aproximadamente un 50% lo han sido para las vías digestivas. Pero puede decirse que en los primeros 5.000 enfermos examinados de abril de 1923 a marzo de 1931 no tenía la práctica suficiente para orientar el diagnóstico hacia una amibiasis porque solamente figuraban 3 enfermos catalogados en esta enfermedad. Los 134 restantes fueron diagnosticados entre los números 5.000 y 11.067 o sea desde el mes de marzo de 1931 hasta mayo de 1937. Es decir que en los últimos examinados, de los cuales la mitad lo fueron para las vías digestivas, hubo aproximadamente un 4% diagnosticados como amibianos.

Conviene advertir que desde hace 10 años los exámenes radiológicos para las vías digestivas los hago completos en todos los enfermos. Es decir, que a cualquier paciente que solicite o que se me envíe para un examen gástrico, vesicular o intestinal aislado, le hago un examen completo de sus vías digestivas. En todos estudio la vesícula biliar por el procedimiento oral de Graham-Cole a las 14 y a las 20 horas después de la ingestión de una dosis única de tetrayodo. El examen de 20 horas lo verifico después de que el enfermo ha tomado el almuerzo que acostumbra todos los días; y el de 14 horas lo llevo a cabo en ayunas. Posteriormente estudio el estómago y el duodeno; a las 6, 12, 24 y a veces 36 y 48 horas después de la ingestión estudio el ciego y el colon; y en caso necesario completo el examen con un enema opaco. He anotado la técnica seguida en mis exámenes porque con estos estudios completos hay más probabilidades de descubrir lesiones amibianas en individuos cuya sintomatología puede ser por ejemplo exclusivamente gástrica.

Como comprobación de los estudios radiológicos de los últimos años en la clientela civil, y teniendo en cuenta que los casos agudos o crónicos de repetición con fenómenos disentéricos, no llegaban a mi laboratorio, hice a fines del año pasado un estudio experimental sobre 25 enfermos, casi todos del Hospital de San Juan de Dios, cuyos resultados vinieron a confirmar las nociones adquiridas hasta entonces.

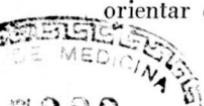
LITERATURA CIENTIFICA

Dada la importancia de la radiología de la amibiasis en los países en que esta enfermedad es frecuente, llama la atención lo escasa de la li-

teratura científica. J. J. Vallarino desde el año de 1924 (1) y posteriormente en 1928 y 1934 (2 y 3), sostiene que las ulceraciones del intestino grueso encontradas en la amibiasis producen defectos de repleción que se aprecian con bastante nitidez en el examen radiológico. Señala irregularidades en los contornos de las partes intestinales afectadas, cuyas localizaciones más frecuentes son el ciego, luégo el colon ascendente y después el sigmoide; y con una experiencia de muchos años en la ciudad de Panamá llega a la conclusión de que las anomalías señaladas por él, aun cuando no patognomónicas, sirven casi siempre para corroborar después la existencia de una amibiasis. E. Speder ha estudiado el asunto desde el año 1917 y de las tres publicaciones que conozco, (4, 5 y 6) la última (6) es un resumen de sus observaciones en 19 años de ejercer la radiología en una región netamente tropical como Marruecos. Anota el hecho de que en los viejos amibianos un examen de Laboratorio único y sin preparación especial no revela la amiba sino en un 20% de los casos; y que exámenes de Laboratorio repetidos solo alcanzan a revelarla en un 40% a 60% de los examinados. Y partiendo de estas consideraciones sostiene que las imágenes radiológicas, que en ciertas formas son características del colon amibiano en un 60% a 70% de los casos, deben dar al médico tratante la convicción necesaria para renovar los exámenes microscópicos o insistir en un tratamiento de prueba. Clasifica los aspectos del colon amibiano en varios grupos de acuerdo con la edad de la infestación, el grado y la naturaleza de las lesiones, su repartición, y las modificaciones transitorias o definitivas llevadas a cabo por la amiba en las paredes cólicas. Sostiene que sólo la amibiasis da lesiones localizadas en diferentes segmentos del intestino, con zonas intermedias normales o menos atacadas por el proceso patológico. Según él esta disposición por focos o grupos de focos es casi patognomónica de la amibiasis. Las formas radiológicas las divide en: "blandas", semejantes a las que se observan en todas las afecciones que determinan endocolitis mucosas; y "secas", que son las más graves, y en un 70% radiológicamente características de las colitis parasitarias. Describe también las distintas formas clínicas de sintomatología no disentériforme. Y por último señala la región supra-cecal, el tercio superior del ascendente, el ciego, el sigmoide, el descendente, el tercio izquierdo y después el tercio derecho del transverso, como los sitios de predilección, en su orden, de las lesiones amibianas. K. Ikeda en 1934 (7 y 8), con ocasión de una epidemia de disentería amibiana que se presentó en Chicago, encuentra deformaciones características del ciego y del colon ascendente en los estudios radiológicos hechos en casos subagudos o crónicos recientes de la enfermedad. Acortamiento aparente o contracción de la pared, con endurecimiento y defectos en la manera de llenarse el intestino, son los datos radiológicos obtenidos por él. El aspecto varía con la edad de la infección; en los casos recientes la imagen radiográfica es poco demostrativa; y considera que cuando

se comprueban con los Rayos X las anomalías halladas por él, se tiene un dato de presunción muy grande de amibirosis, aun cuando no hay imágenes patognomónicas. Termina diciendo que el estudio radiológico debe ser un guía en el diagnóstico y el tratamiento de los amibianos. J. C. Bell (9) ha encontrado también deformaciones peculiares del ciego, en la amibirosis y cree que, aun cuando esta imagen puede presentarse en otras enfermedades, la historia clínica del paciente y las investigaciones de Laboratorio sirven para corroborar el diagnóstico. Siete casos de pacientes estudiados por él y observados durante el tratamiento corroboran conclusiones. H. M. Weber (10) al hablar de las enfermedades que tienen la disentería como síntoma primordial dice que los cambios patológicos demostrados en el intestino de los amibianos por medio de la radiología son esencialmente los mismos que se encuentran en asociación con los otros tipos de colitis ulcerosa, pero menos graves y de menor intensidad; que la colitis ulcerosa amibiana tiene un conjunto radiológico difícil de describir, pero en el cual llaman la atención los signos de colitis ulcerosa en el ciego y las regiones adyacentes, sin invasión de la parte terminal del intestino delgado; y señala la presencia de zonas intestinales sanas interpuestas entre las regiones afectadas. Este mismo autor (11) al hablar de la identificación radiológica de las colitis ulcerosas —en las cuales se encuentran disminución del calibre y acortamiento del intestino, espesamiento de la pared que se comprueba por el aumento de resistencia a la palpitación, disminución en la movilidad y flexibilidad, destrucción de la mucosa que se aprecia en los cambios notorios de su relieve—, insiste sobre algunos datos radiológicos que permiten diferenciar la colitis ulcerosa amibiana de las colitis ulcerosas tuberculosas y del diplo-estreptoco. La localización frecuente del ciego; la extensión del proceso ulceroso de punto de partida cecal; la comprobación de zonas intestinales relativamente sanas; lo poco marcado del acortamiento, disminución del calibre y destrucción de la mucosa; la relativa movilidad y elasticidad de la pared intestinal; la falta de invasión del ileon, y en fin la menor intensidad del proceso al compararlo con las otras colitis ulcerosas, son los datos que le sirven para hacer el diagnóstico diferencial.

Como se ve por el estudio de esta literatura científica todos los autores están de acuerdo en que en la mayor parte de los procesos amibianos, existe un conjunto radiológico que se revela especialmente por las imágenes generales de las colitis ulcerosas, acompañado de deformaciones en los contornos de los segmentos más afectados, sin invasión del intestino delgado, y dejando grandes zonas intestinales indemnes. Este cuadro radiológico lo consideran todos como muy sugestivo de las lesiones amibianas, sin afirmar ninguno de ellos en la existencia de una imagen patognomónica que pueda hacer el diagnóstico prescindiendo de la clínica, de los exámenes de Laboratorio o del tratamiento de prueba. Pero, en todo caso es unánime la conclusión de que el estudio radiológico permite orientar el diagnóstico con bases de la mayor probabilidad.



Los signos radiológicos encontrados.

Como en los estudios radiológicos que me han servido de observación para el presente trabajo he estudiado también la totalidad del tubo digestivo, creo conveniente anotar algunos datos que se refieren al funcionamiento del estómago, el duodeno, el intestino delgado, el hígado y la vesícula biliar, antes de señalar las imágenes encontradas en el ciego y el colon.

Estómago. Aparte de las variaciones que pueden encontrarse en la motricidad gástrica y de algunas deformaciones espasmódicas reflejas, que como en muchas otras lesiones abdominales suelen presentarse en la amibiásis y cuya variabilidad y falta de individualización para esta enfermedad no permiten tenerlas en cuenta, me parece oportuno señalar la frecuencia de la retención gástrica de una buena parte del bario al cabo de 6 horas, ocasionada sin duda por espasmo pilórico tardío, puesto que en esos enfermos no se hallaban signos de lesiones orgánicas que la expliquaran, ni se apreciaba tampoco demora en la evacuación gástrica en los primeros momentos del examen.

Vesícula biliar. Por regla general la visualización de este órgano en las placas tomadas 14 horas después de la ingestión de una dosis única de tetrayodo era normal, exceptuando solamente los casos en que al mismo tiempo se hallaba una colecistitis no atribuible a la amibiásis. Pero en dos de las observaciones que presento no se visualizó la vesícula biliar después de la ingestión del tetrayodo, justamente en individuos que sufrían de cólicos abdominales clasificados clínicamente como hepáticos. Pero la parte interesante reside en el hecho de que en el estudio macroscópico y microscópico de la bilis de estos enfermos, tomada por intubación duodenal, no se encontraron signos que revelaran la existencia de cálculos vesiculares ni de una colecistitis de otro origen. Y a esto se agrega la desaparición de los cólicos en estos enfermos con el tratamiento anti-amibiano. Señalo el hecho sin poder sacar hasta el momento ninguna conclusión al respecto.

Hígado. En las placas de la región hepato-vesicular tomadas a estos enfermos en el momento en que era visible la vesícula, fue muy frecuente apreciar un relativo aumento en el tamaño del hígado, y una muy buena limitación de la totalidad de su sombra, que pudiera atribuirse a un aumento de densidad de este órgano.

Ileon. Nada especial merece señalarse en este segmento intestinal. Nunca encontré deformaciones que pudieran atribuirse a la amibiásis; y la retención ileal hallada en estos pacientes se explica más que todo por la demora en la evacuación gástrica. En todo caso hay que advertir que esa retención ileal tuvo como máximo un lapso de 12 horas.

Duodeno. Ninguna anomalía atribuible a la amibiásis encontré en este órgano.

El aspecto del Ciego y del Colon. Tránsito Ceco-cólico.

Aun cuando en varios de los enfermos examinados no hay disturbio ninguno en la duración del recorrido ceco-cólico de la substancia opaca, he observado en muchos de ellos algunas variaciones que merecen señalarse. Es la primera, rapidez en el recorrido ceco-cólico de la cabeza de la comida opaca, como lo demuestra el hecho de haberla encontrado repetidas veces en el colon descendente y aun en el sigmoide y el recto al cabo de 6 horas. La situación de la primera parte de la comida baritada contrasta con la demora en el estómago de la última porción del alimento. Y es la segunda, la demora por más de 24, 36, 48 y a veces hasta 72 horas de ese mismo alimento, que hizo su primer recorrido rápidamente y en un colon que por el gran número de segmentaciones visibles hacía suponer en el primer momento que la evacuación se haría en un lapso muy corto. En otras ocasiones el recorrido ceco-cólico parece normal en las primeras 12 horas, pero el retardo posterior en la evacuación es también muy frecuente y en algunas ocasiones se acompaña además de una ptosis del transverso y a veces del ciego, sin variación ninguna en la situación del estómago.

La Hipersegmentación ceco-cólica.

Quizás el primer signo radiológico que despierta la sospecha de una posible infección crónica amibiana, es el número considerable de segmentaciones que se dibujan sobre el ciego, el colon ascendente y de manera muy especial sobre el transverso en el primer examen verificado a las 6 horas de la ingestión. El número de estas segmentaciones es casi siempre superior al normal, y su aumento se comprueba a primera vista. Speder ha encontrado también hipersegmentación con un número de lobulaciones que pueden llegar hasta 26 ó 28, cuando por lo general en el transverso no pasan de 10 a 16 en los no amibianos. Este aspecto radiológico descrito trae como consecuencia la disminución del calibre de la imagen del colon. En los exámenes verificados 12 y 24 horas después de la ingestión, o algún tiempo después, se repite la misma imagen, y cuando el descendente está bien inyectado puede presentar esa hipersegmentación. En los exámenes hechos con ayuda de un enema opaco el aspecto radiológico no es el mismo, y aunque a veces se observan segmentaciones numerosas, no dan por lo general las mismas imágenes. Conviene señalar el hecho de que en algunas zonas del colon las segmentaciones son casi normales.

La desigualdad de la hipersegmentación ceco-cólica

A la descripción radiológica que acabo de señalar es importante agregar la desigualdad notoria que existe casi siempre —en los enfermos

que dan esta imagen— en dichas segmentaciones. Unas mucho más intensas que otras, con límites de separación entre sí de longitudes variables, y con zonas contraídas espasmódicamente y en algunos sitios con disminución circular y uniforme del calibre. Por regla general, en los distintos exámenes hechos por ingestión, se repiten en los mismos sitios los cambios del calibre y de los contornos que habían sido bien notorios en el primer examen.

La repartición desigual de la comida baritada sobre el colon.

Con relativa frecuencia la cabeza de la comida opaca se encuentra repartida en zonas completamente aisladas entre sí, impregnando a veces la mucosa y comprobando hipertrofia de sus pliegues. Este aspecto no tendría nada de característico si no fuera porque en exámenes posteriores se ve que las zonas no ocupadas por el bario son casi siempre las mismas, como si la explicación de este fenómeno se hallara en un estado inflamatorio localizado a determinados segmentos.

La disminución o ausencia de las segmentaciones ceco-cólicas.

En los exámenes hechos por ingestión sólo se encuentra esa falta relativa, o casi absoluta de segmentaciones, en los pocos casos que se acompañan de ptosis del colon transverso y de dilatación y atonía de sus paredes, y cuya época de infestación amibiana ha sido muy lejana. En cambio, con ayuda de un enema opaco suelen verse zonas cólicas con su calibre un poco disminuido, con segmentaciones de longitud apreciable y de poca profundidad, que recuerdan la imagen de todas las colitis ulcerosas, sin mayor caracterización amibiana.

El endurecimiento o la atonía de las paredes del colon.

En los exámenes hechos con enema opaco es frecuente apreciar la disminución uniforme del calibre de la porción izquierda del colon con disminución de la elasticidad de las paredes. Y menos frecuente, pero no muy raro, un estado de atonía de estas paredes en los casos muy viejos, con fácil distensión por el enema y cuya elasticidad no sólo no está disminuida sino más bien aumentada.

La Aerocolia. La presencia de gases cólicos, en especial cerca de los ángulos hepático y esplénico, cuando la ingestión baritada ha sido parcial, es relativamente frecuente en estos segmentos, aun cuando su valor en el diagnóstico es nulo.

Los contornos del colon y del ciego en algunos segmentos.

El estudio cuidadoso de la totalidad de los contornos ceco-cólicos tiene un gran valor y debe hacerse en exámenes repetidos por ingestión

y además con ayuda de un enema opaco. Con ese estudio cuidadoso se comprueba la existencia de zonas aisladas y relativamente cortas en las cuales se ven pequeñas denteladuras de poca profundidad y muy cerca las unas de las otras, que sin duda tienen un gran valor diagnóstico y son probablemente el índice de ulceraciones de la mucosa en los sitios donde se presentan. Por regla general sólo un segmento intestinal relativamente corto, que es sin duda el más afectado, da en todos los exámenes hechos por ingestión o después del enema opaco imágenes denteladas, que pueden observarse en varios de los casos presentados, y a las cuales les doy un gran valor diagnóstico.

La impregnación de la mucosa.

Solamente en los casos de experimentación estudié la impregnación de la mucosa con diognotorina y pude comprobar en muchos de ellos la disposición anormal de los pliegues y el estado de edema en los sitios que presentaban ulceraciones en el examen proctoscópico. Como esta imagen radiológica la encontré por lo general en la zona accesible al examen directo no considero que su estudio presente mayor interés práctico.

El aspecto radiológico en las disenterías agudas o acabando de pasar el período agudo.

En los comienzos de las amibiasis agudas o en los casos de menor intensidad en los fenómenos disentéricos, pueden no encontrarse signos radiológicos demostrativos, pero en la mayoría de los examinados observé imágenes semejantes a las vistas en los otros enfermos. Llamo la atención a la falta de anormalidades en las regiones recto-sigmoidianas que presentaban ulceraciones; a la dilatación gaseosa de esos mismos segmentos que no se llenaban de bario en algunos casos; y a la longitud considerable del sigmoide en varios de ellos. Por último debo anotar que los examinados en período agudo devolvían el enema opaco antes de que se lograra la inyección completa del colon.

Localización de las lesiones.

La presencia de grandes segmentos intestinales poco o nada afectados; la ausencia de lesiones del íleon; y la comprobación de trayectos cecales o cólicos radiológicamente anormales, son característicos de la amibiasis. Esas localizaciones pueden encontrarse desde el ciego hasta el recto; en este último la radiología por ingestión o con enema no ayuda en el diagnóstico, aún en los casos con ulceraciones numerosas; y en cuanto a la mayor frecuencia de localización en las distintas zonas, he visto que el colon descendente y las regiones vecinas a los ángulos hepá-

tico y esplénico son las atacadas más frecuentemente, viniendo luégo el ciego y las otras porciones cólicas.

Los casos de experimentación.

Estos 25 casos se distribuyen así:

Normales clínica, radiológicamente y por examen de laboratorio..	3
Amibianos comprobados por el laboratorio, el examen proctoscópico y la radiografía	16
Amibianos comprobados por el laboratorio y el examen proctoscópico, sin mayores signos radiológicos	3
Disentéricos por amiba coli, con mucosa sana y radiológicamente normales	1
Viejos amibianos comprobados, con examen coprológico negativo, ulceraciones de la mucosa y signos radiológicos positivos .. .	1
Viejos amibianos comprobados, con examen rectoscópico y de laboratorio negativos y con signos radiológicos positivos	1
	—
	25

Clínicamente pueden dividirse así:

Normales	3
Amibiásis en período agudo	6
Amibiásis crónica durante un ataque de repetición	4
Amibiásis crónicas con fenómenos digestivos variables, sin antecedentes disentéricos	2
Amibiásis crónicas con fenómenos digestivos variables, e iniciadas por un ataque agudo	4
Portadores de gérmenes amibianos sin síntomas clínicos	1
Amibiásis acabando de pasar el período agudo	2
Viejas amibiásis aparentemente curadas, sin quistes de amibas en la deposición, pero con fenómenos digestivos variables	2
Disenterías en período agudo, sin más gérmenes que amibas del tipo coli	1

Los resultados del examen proctoscópico son éstos:

Mucosa sana en individuos normales	3
Mucosa sana en amibianos crónicos	2
Mucosa sana en disentería de amiba coli	1
Cambio de color de la mucosa en amibiásis crónicas	3
Edema y cambio de color de la mucosa sin ulceraciones, en amibianos crónicos	3

Ulceraciones amibianas de la mucosa en casos agudos y crónicos...	13
---	----

Los resultados de los exámenes coprológicos fueron:

Normales, sin quistes ni formas vegetativas de amibas en las deposiciones	3
--	---

Viejas amibiasis sin quistes ni formas vegetativas de amibas en el momento del examen	2
Amibas del tipo coli	1
Quistes de amibas histolíticas	9
Formas vegetativas de amibas histolíticas	10

Se encontraron formas vegetativas en los seis casos agudos, en los dos en que acababa de pasar el período agudo y en uno crónico de repetición con fenómenos disentéricos. Y quistes de amibas histolíticas en todas las otras formas crónicas amibianas examinadas.

RESUMEN DE ALGUNAS OBSERVACIONES

Caso Nº 9.660. Colitis amibiana con ataques de repetición. La última crisis disenteriforme la tuvo un año antes del examen. Desde entonces sufre de dolores epigástricos y hepato-vesiculares muy fuertes, que generalmente se calman con comer. Al palpar la fosa ilíaca derecha hay repercusión epigástrica dolorosa. La radiografía (fig. 1) fue tomada 6 horas después de la ingestión del bario. Nótense la retención gástrica de 6 horas, la hipersegmentación cólica, el aspecto irregular de la porción izquierda del transverso y del tercio medio del descendente, la situación baja del transverso y en especial de su mitad derecha—con situación gástrica normal—y la presencia de la cabeza de la comida opaca en el recto a las 6 horas. 12 horas después retención ileal, y a las 24 horas toda la substancia opaca permanecía en el intestino grueso. Vesícula biliar sana. Después de esta radiografía se encontraron quistes de amibas en la deposición. Tratamiento con emetina, carbarsono y estovarsol. El enfermo mejoró con el tratamiento y no ha vuelto a consultar hasta la fecha. (Véase también la Fig. 1 A).

Caso Nº 10.382. Apendicectomizado hace varios años. Hace 6 meses disentería amibiana que curó completamente con el tratamiento. Consulta por cólicos abdominales muy fuertes, de localización hepato-vesicular. No hay fenómenos de colitis ni se encuentran en el momento del examen quistes de amibas en la deposición. (Fig. 2 a las 6 horas de la ingestión; figs. 3 y 4 a las 12 y 24 horas de la ingestión; figs. 5 y 6 a las 12 y 24 horas después de la ingestión y con enema opaco). Nótense la retención gastro-duodenal de 6 horas e ileal de 12 horas, los pequeños divertículos de la terminación ileal, la hipersegmentación desigual del transverso con disminución espasmódica del calibre en un segmento de su tercio medio, las pequeñas denteladuras del descendente y su disminución del calibre después del enema, y las pequeñas cantidades de bario repartidas a todo lo largo del transverso y del descendente en el examen de 6 horas y en el descendente en el examen 24 horas. La vesícula biliar no se visualizó después de la ingestión de tetrayodo. El examen de la bilis después de intu-

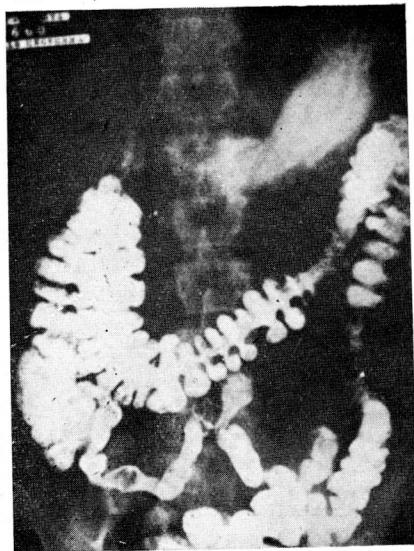


Fig. 1.

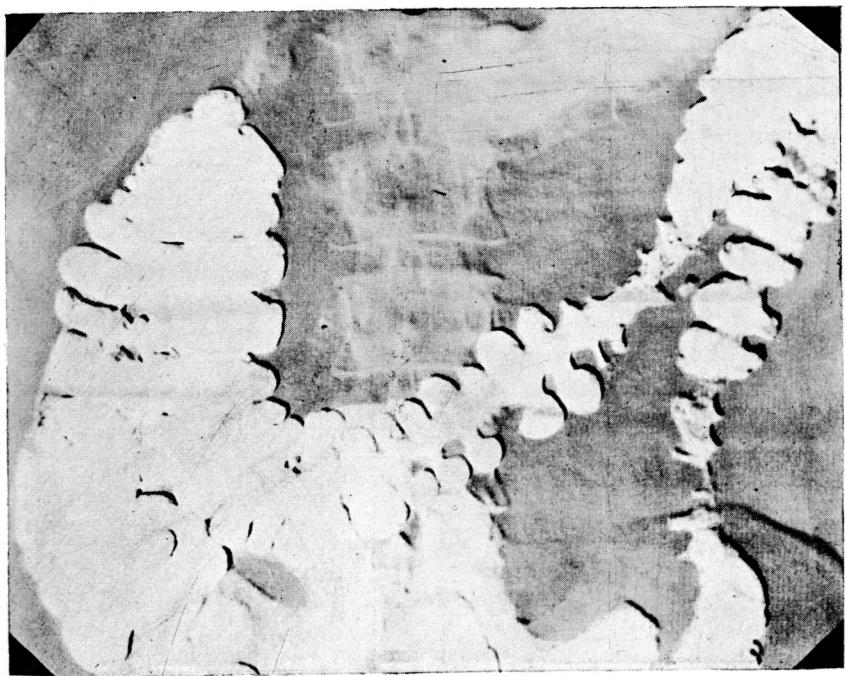


Fig. 1-A.

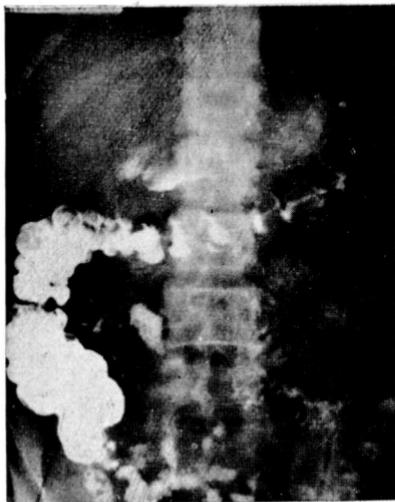


Fig. 2.

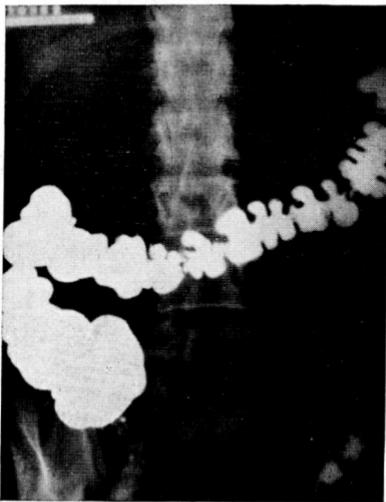


Fig. 3.

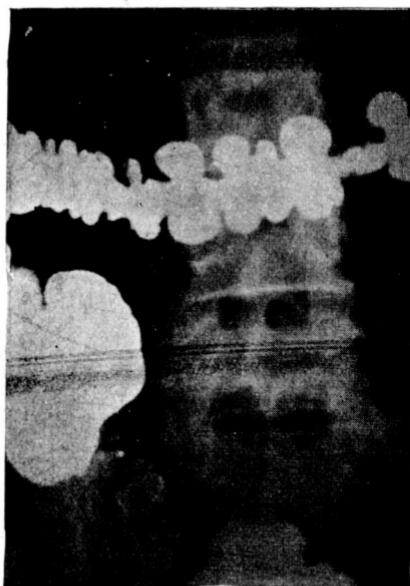


Fig. 4



Fig. 5.

bación duodenal no reveló ninguna anormalidad. Presencia de quistes de amibas en la deposición un mes después: aumento en el número de quistes al comenzar el tratamiento anti-amibiano; y desaparición de los cólicos después de dos meses de tratamiento.

Caso N° 10.363. Hace 9 meses, cólicos epigástricos muy fuertes, que comenzaron durante un embarazo. Aborto a los 6 meses y persistencia de los cólicos después de éste. Antecedentes viejos de colitis con fenómenos dolorosos y mucosidades, pero sin diarreas. Vesícula sana. (Fig. 7) radiografía tomada 12 y 24 horas después de la ingestión; y figs. 8 y 9 tomadas en el mismo momento, pero con ayuda de un enema opaco. También había retención gástrica de 6 horas. Nótense la hipersegmentación del ciego, ascendente y transverso, muy desigual en el ascendente; la demora en el tránsito cólico a pesar de la hipersegmentación; la disminución del calibre del descendente después del enema; y las denteladuras de una parte del descendente. La enferma mejoró con el tratamiento anti-amibiano y ha seguido bien hasta la fecha.

Caso N° 10.264. Cólicos epigástricos muy fuertes desde hace tres meses; dolor en todo el lado derecho del abdomen; fiebre hasta de 38 grados dos o tres noches por semana; antecedentes amibianos muy remotos. (Fig. 10, seis horas después de la ingestión; y (figs. 11 y 12 a las 12 y 24 horas después de tomar el bario y con un enema opaco en este momento). Nótense la retención gástrica de 6 horas; el aspecto de colitis del transverso en esta placa, con irregularidades del contorno, disminución del ca-



Fig. 6.

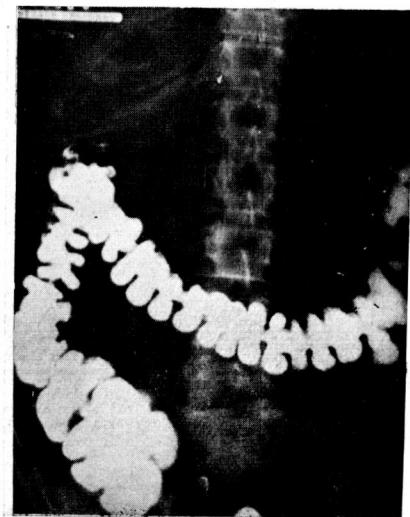


Fig. 7.

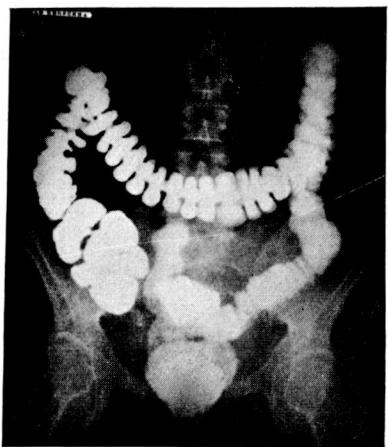


Fig. 8.

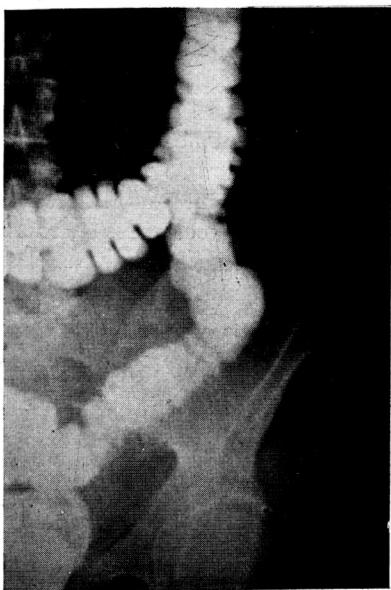


Fig. 9.



Fig. 10.

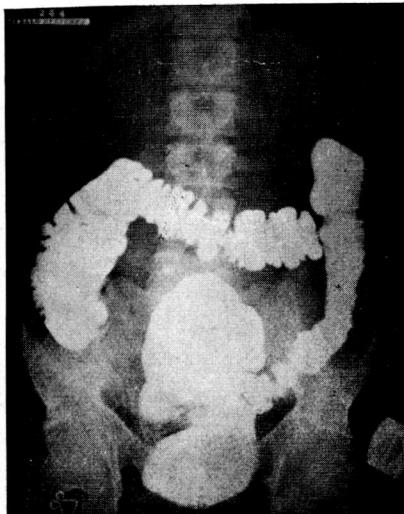


Fig. 11.

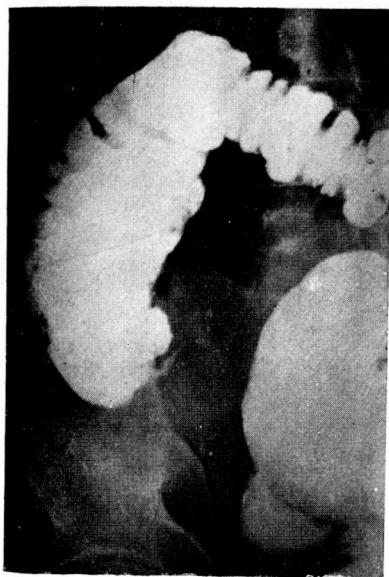


Fig. 12.

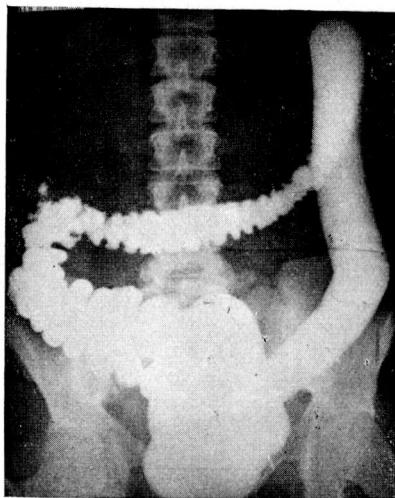


Fig. 13.



Fig. 14.

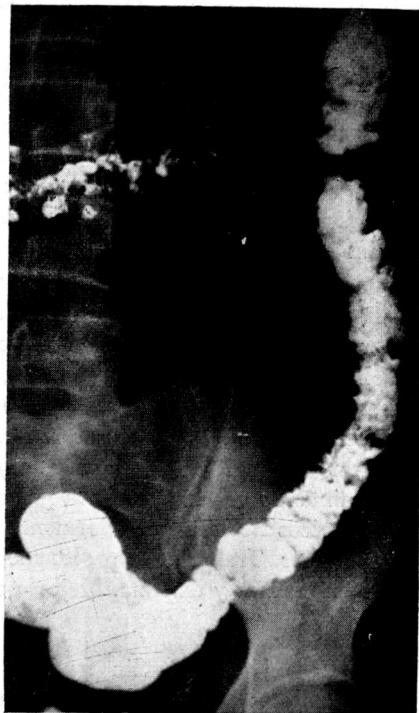


Fig. 15.

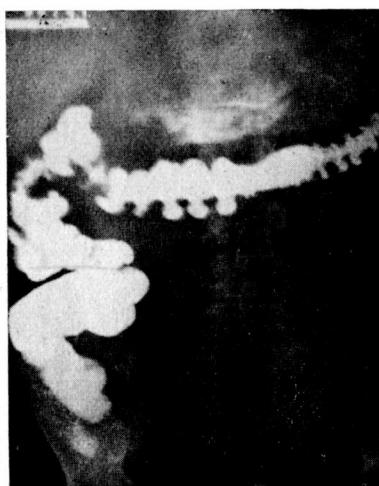


Fig. 16.

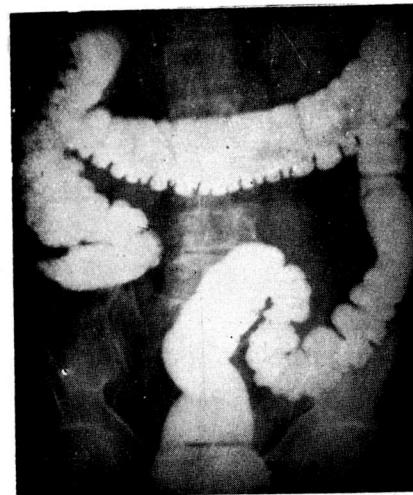


Fig. 17.

libre y acortamiento; las pequeñas denteladuras de la parte externa del ciego y del descendente, con disminución del calibre de éste; la desigualdad de la segmentación del transverso en el último examen; y el aplanamiento del ángulo hepático del colon por compresión de un hígado muy grande. Examen coprológico positivo para quistes de amibas, aumento del número de glóbulos blancos, polinucleosis y ausencia de eosinófilos. Vesícula sana. Diagnóstico de absceso hepático de origen amibiano en sus comienzos, con lesiones amibianas ceco-cólicas. Curación con el tratamiento anti-amibiano.

Caso N° 10.486. Apendicectomizada. Antecedentes de colitis amibiana. Dos a tres deposiciones diarias muy blandas. Dolores epigástricos y sobre el colon transverso. (Fig. 13, a las 12 y 24 horas de la ingestión del bario y además con enema opaco). Bario de 24 horas en el transverso. Retención gástrica de 6 horas. Vesícula sana. Nótese la disminución del calibre y longitud del transverso y las pequeñas denteladuras con mayor disminución del calibre en la parte izquierda de éste. Varios exámenes coprológicos hechos posteriormente comprobaron la existencia de quistes amibianos. Tratamiento prolongado con pasta de Ravaut, yoduro de potasio en enemas y emetina. Mejoría sin curación completa.

Caso N° 9.713. Sin fenómenos disentéricos ni antecedentes amibianos. Dolores en todo el colon y la región apendicular. Anemia. (Figs. 14 y 15, a las 12 horas de ingerir el bario y con enema opaco). Vesícula biliar sana con un cálculo de colesterina. Evacuación del bario a las 18 ho-

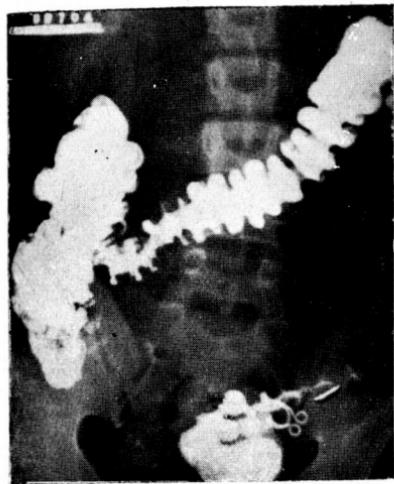


Fig. 18.



Fig. 19.

ras. Nótense el aspecto irregular del ciego, colon ascendente y transverso, con pequeñas denteladuras, con deformaciones notorias del ciego y presencia de muy pequeñas cantidades de bario en la parte izquierda del transverso. Nótense además el aspecto del colon descendente y las denteladuras de su mitad inferior. Quistes de amibas, huevos de uncinaria, de tricocéfalo y de áscaris en la deposición. Tratamiento con vermífugos y con anti-amibianos. Lleva un año de gran mejoría.

Caso Nº 8.741. Seis cólicos vesiculares. Antecedentes disentéricos hace 12 años. Examen coprológico negativo. No se visualizó la vesícula biliar después de la ingestión del tetrayodo. Examen de la bilis por intubación duodenal demostrativo de una colecistitis sin cálculos. (Fig. 16 y 17, las primeras 6 horas después de la ingestión; y la segunda 12 y 24 horas más tarde y además con enema opaco). Nótense la deformación cecal por adherencias post-operatorias. Había retención gástrica de 6 horas; por ingestión estaba disminuido el calibre del transverso, con hipersegmentación y denteladuras en su tercio medio; y después del enema distensión apreciable del transverso con persistencia de la hipersegmentación en su borde inferior. Tratamiento médico para la colecistitis y la colitis, con mejoría insignificante en el curso de 4 meses.

Caso Nº 8.704. Diagnóstico clínico y radiológico de apendicitis crónica, confirmado con la operación, en la cual se encontraron membranas sobre el ciego y el ascendente y una clara inflamación apendicular. El enfermo estuvo bien durante 6 meses, al cabo de los cuales presentó grandes dolores a lo largo del ciego y el colon derecho. Como en la fig. 18 (radio-

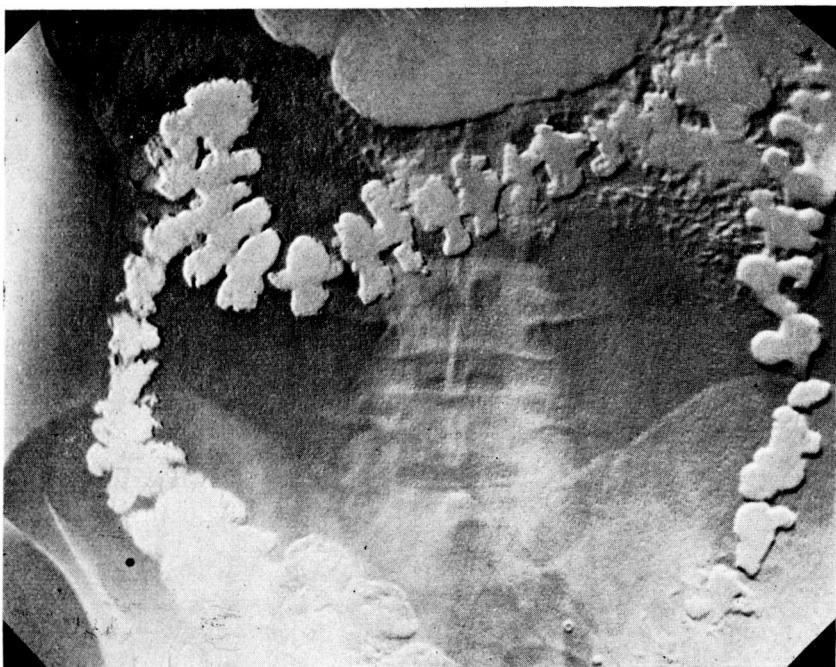


Fig. 19-A.

grafía tomada antes de la operación) se habían encontrado signos de colitis, y a pesar de la falta de antecedentes disentéricos y de quistes de amibas en la deposición, se hizo un tratamiento que ha mejorado al enfermo hasta la fecha. Vesícula sana.

Caso N° 6.020 y 10.082. Primer examen (fig. 19 y 19 A) verificado en septiembre de 1932 por ingestión; y figs. 20 y 21, hechas con enema de diagnotorina e impregnación de la mucosa, en octubre de 1936. Sin antecedentes disentéricos. Cólicos apigástricos que duraban una o dos horas y seguía bien. En el primer examen llamaban la atención la hipersegmentación desigual del colon, con disminución del calibre y pequeñas denteladuras en algunos sitios. Tratamiento anti-amibiano muy incompleto hasta el segundo examen. En este momento el examen por ingestión era semejante; con enema había disminución del calibre y de la longitud del colon, segmentaciones pequeñas y numerosas; la impregnación de la mucosa se veía bien en el descendente y se comprobaba una impregnación anormal en el recto y terminación del sigma. Pequeñas ulceraciones en estos sitios en el examen proctoscópico. Quistes de amibas en la deposición. Desaparición de los cólicos con el tratamiento anti-amibiano prolongado.

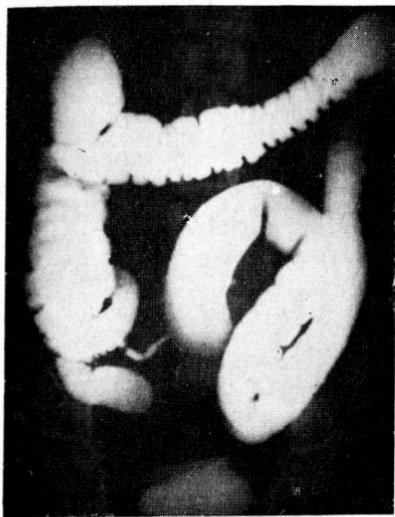


Fig. 20.

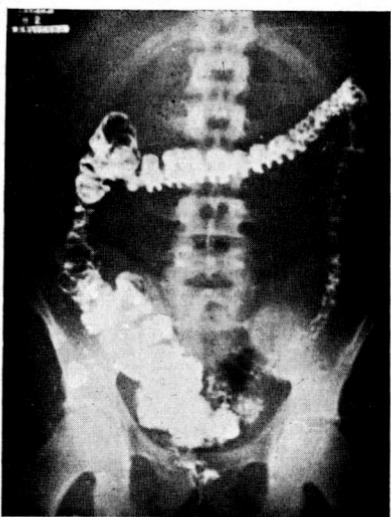


Fig. 21.

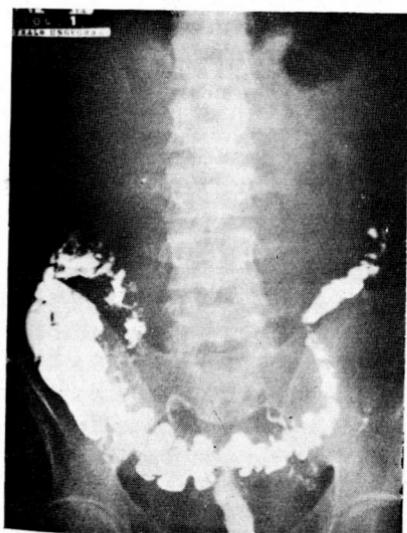


Fig. 22.

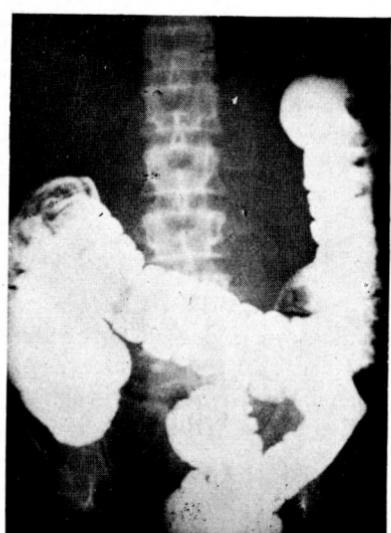


Fig. 23.

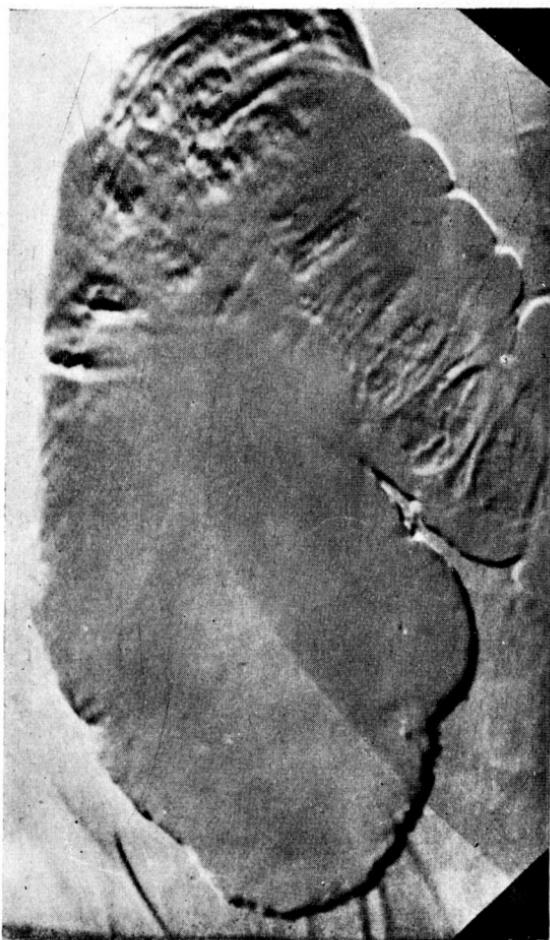


Fig. 23-A.

Caso N° 10.071. Antecedentes disentéricos muy viejos. Sin quistes de amibas en la deposición ni ulceraciones en el examen proctoscópico. Mejoría con el tratamiento. (Figs. 22, 23 y 24 después de ingestión y con enema de diagnotorina e impregnación de la mucosa). Nótese la ptosis del transverso; la dilatación cecal y del transverso con enema; la hipersegmentación desigual, sin dilatación del transverso por ingestión; y las pequeñas denteladuras del descendente y del ciego. (Véase también la Fig. 22 A).

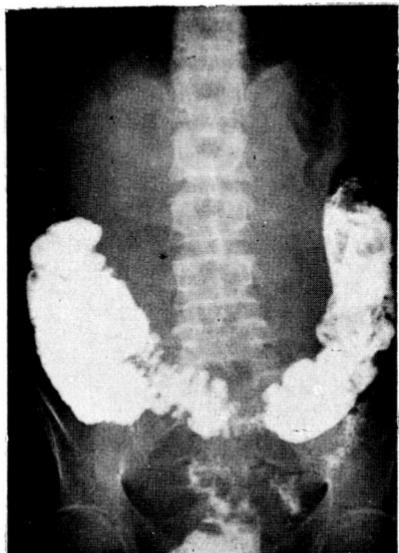


Fig. 24.

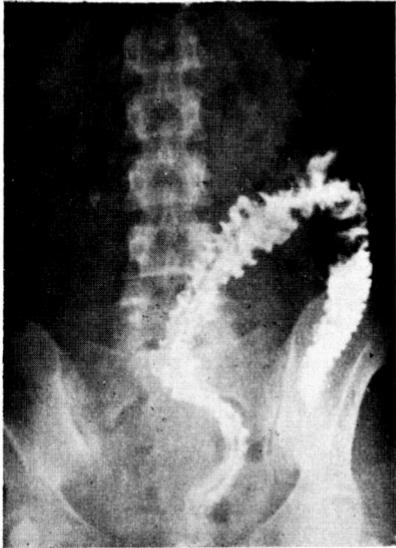


Fig. 25.

Primer caso de experimentación. Hospital de San Juan de Dios. M. J. H.

Disentería aguda con quistes de amibas en la deposición. Mucosa muy ulcerada y con falsas membranas en el examen proctoscópico. El enema de diagnotorina solamente se logró llevar hasta el sigmoide que era muy largo. Véase la fig. 25 y 25 A en donde se aprecia la poca extensibilidad de las paredes del segmento intestinal examinado, la hipertrofia de los pliegues de la mucosa y las denteladuras, especialmente marcadas en la porción terminal del sigmoide.

Cuarto caso de experimentación. R. B.

Disentería acabando de pasar el período agudo. Signos clínicos de absceso hepático. Ulceraciones aisladas, con predilección sobre las válvulas rectales, redondeadas y cubiertas por un barniz grisoso. Mucosa congestionada a su alrededor. Numerosos quistes de amibas en la deposición. Con enema opaco (fig. 26) se ve dilatada por gases la porción rectal más afectada, sin apreciar en ella ninguna otra imagen radiológica especial; los contornos del sigmoide son nítidos, exceptuando su porción terminal en que hay un comienzo de denteladuras. Aplanamiento del ángulo derecho del colon por compresión hepática. En la fig. 27 se aprecia la impregnación anormal de la mucosa en la porción terminal del sigmoide.



Fig. 25-A.

Quinto caso de experimentación. J. C.

Disentería aguda. Numerosos quistes de amibas histolíticas. Ulceraciones numerosas y sangrantes, con mucosa edematosa a su alrededor, en la región rectal. En la fig. 28 que se hizo con enema opaco no se aprecia nada especial en el recto. Nótese el aspecto del colon transverso y de una parte del descendente, cuya imagen es la de las colitis ulcerosas en general.

Sexto caso de experimentación. S. A.

Enema de diagnotorina (fig. 29) y después de hacer una deposición (fig. 30 y fig. 30 A). Quistes de amibas en la deposición. Diarrea sin sangre. Sin ulceraciones en el examen proctoscópico. Nótense los contornos de la porción terminal del sigma en ambas radiografías y la impregnación de la mucosa de esta porción intestinal en la segunda.

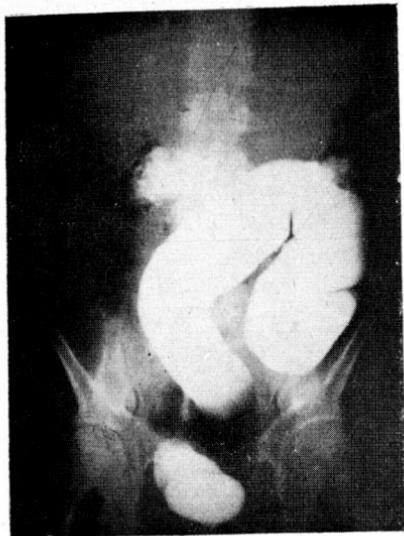


Fig. 26.



Fig. 27.

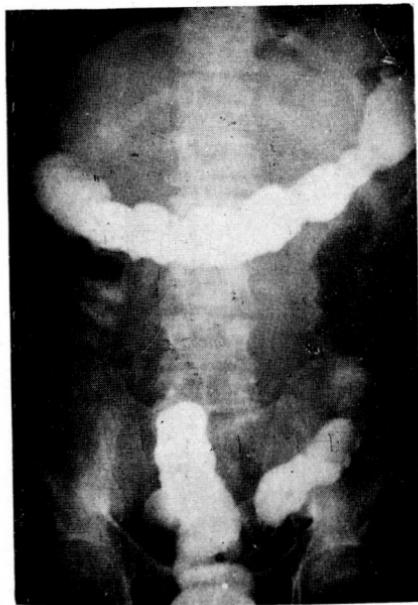


Fig. 28.

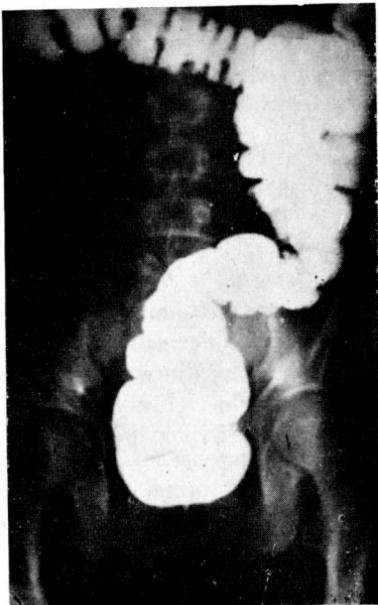


Fig. 29.

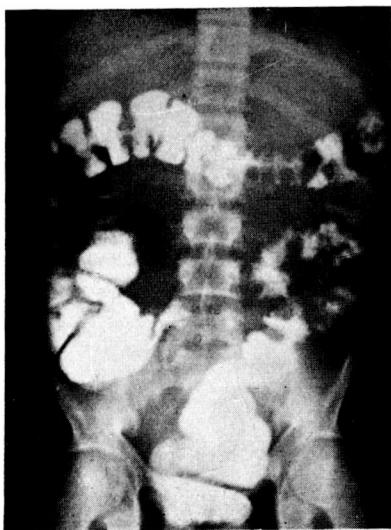


Fig. 30.

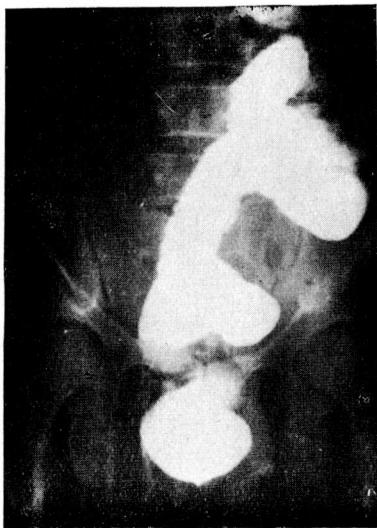


Fig. 31.

Séptimo caso de experimentación. A. S.

Disentería aguda. Numerosos quistes de amibas. Terminación del sigma-moide con mucosa sana en el examen proctoscópico, y ulceraciones rectales profundas, sangrantes y con falsas membranas y edema de la mucosa en la cara anterior del recto. En la fig. 31 —con enema opaco— no se aprecian irregularidades en los contornos del recto; hay dilatación gaseosa en la terminación superior de éste; y se comprueban endurecimiento de la pared, disminución del calibre y denteladuras en la zona del sigma-moide que queda cerca de la línea media. (Fig. 31 A).

Octavo caso de experimentación. S. A.

Quistes de amibas histolítica, sin fenómenos digestivos y aspecto proctoscópico normal. En la fig. 32 se ven claramente denteladuras y disminución del calibre del colon descendente en la unión del tercio medio con el superior. (Fig. 32 A). Aplanamiento del ángulo derecho del colon por compresión hepática.

Noveno caso de experimentación. P. E.

Disentería aguda. Quistes de amibas. Ulceraciones numerosas en el examen proctoscópico. En la fig. 33 sólo se nota la poca extensibilidad de la parte izquierda terminal del colon y una impregnación anormal de la mucosa del recto en el sitio de las ulceraciones y del edema.

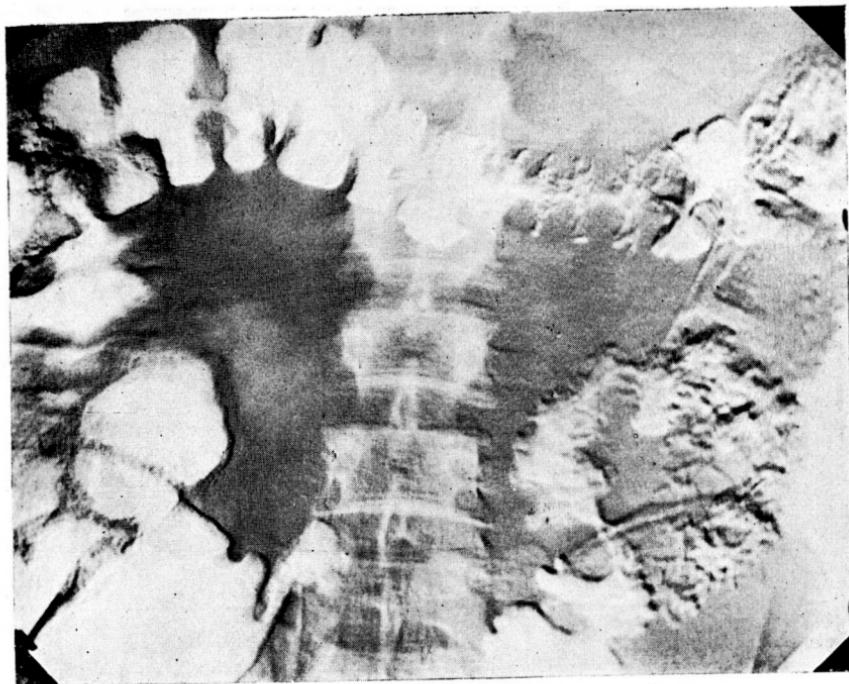


Fig. 30-A.

Décimotercero caso de experimentación. A. F.

Disentería de repetición. Quistes de amibas. Ulceraciones del sigmoide y el recto. (Fig. 34 con enema opaco). Nótense la normalidad del recto y de la iniciación del sigmoide, y la longitud tan grande de éste. Aspecto ligeramente dentelado de una parte del sigmoide. En la fig. 35 —por ingestión— se ve bario en el estómago por debajo del transverso. Nótense las denteladuras, disminución del calibre y segmentación desigual de la porción del sigmoide colocada transversalmente por debajo del colon.

Décimoquinto caso de experimentación. L. C.

Síndrome disentérico. Sólo se encontraron quistes de amiba coli. Mucosa sana en el examen proctoscópico. (Fig. 36 con enema opaco). Nótense la diferencia del aspecto con los otros casos. En la fig. 37 se observa la impregnación de la mucosa y se comprueba una aerocolia.

Décimoséptimo caso de experimentación. R. A.

Disentería ya pasado el período agudo. Ulceraciones en el examen

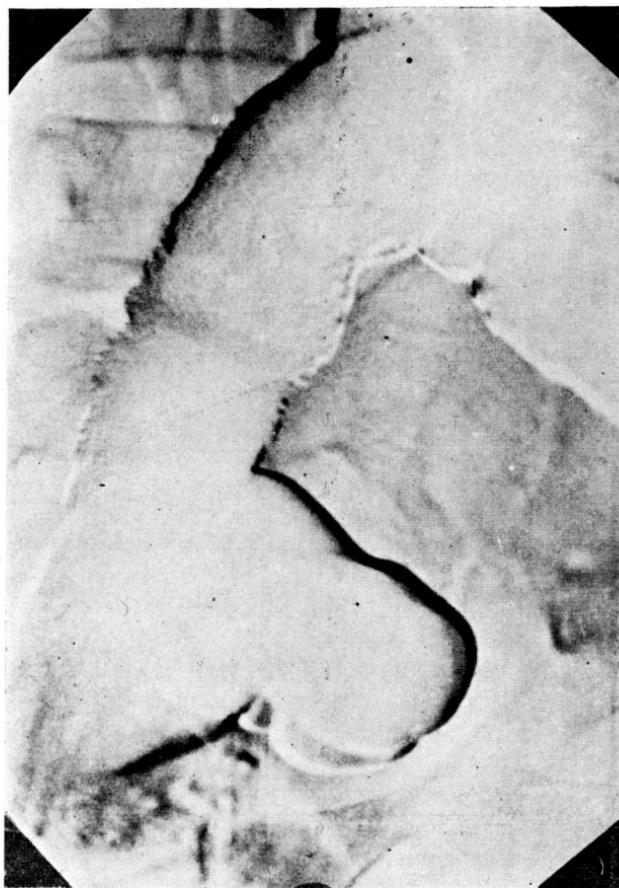


Fig. 31-A.

proctoscópico. En la radiografía fig. 38 —con enema opaco— sólo se observa un sigmaido muy largo e hipersegmentado. Véase en la fig. 39 la impregnación de la mucosa de la parte terminal del intestino, que estaba ulcerada.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1º La amibiasis producida por endamoeba histolítica es muy frecuente en el territorio de la República de Colombia. Dicha frecuencia es menor en los climas fríos y situados a grandes alturas, como Bogotá, la capital de Colombia. Sin embargo, lo extendida de la amibiasis en los habitantes de Bogotá lo prueba, entre otras cosas, el hecho de haber encontrado en 6.540 exámenes coprológicos practicados en varios laboratorios

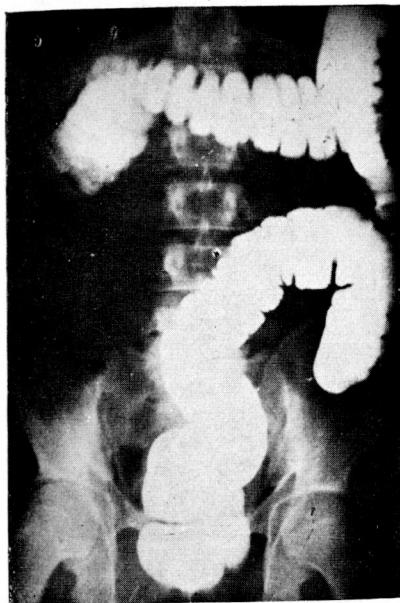


Fig. 32.

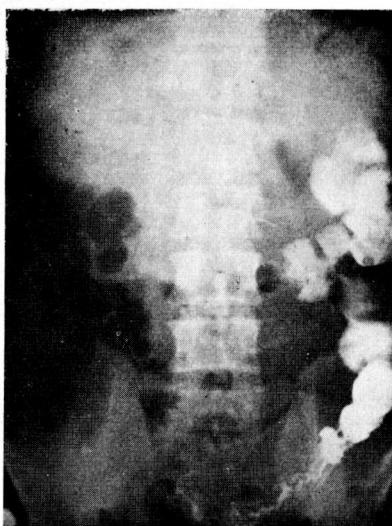


Fig. 33.

de la ciudad, 1.319 con gérmenes de amibas histolíticas, esto es un 20,16% de los examinados.

2º A pesar de que los médicos y los bacteriólogos colombianos tienen una gran práctica para diagnosticar las disenterías amibianas, la variabilidad de las manifestaciones clínicas de esta enfermedad y la falta de seguridad de los exámenes de laboratorio aislados, explican por qué muchos casos pueden pasar desapercibidos.

3º Los amibianos crónicos sin fenómenos disentéricos y cuya sintomatología es excesivamente variable, forman el grupo de los enfermos difícilmente diagnoscitables por la clínica y en cuyo estudio los Rayos X son de gran utilidad. Ni los amibianos agudos, ni los crónicos con crisis disentéricas de repetición, pasan inadvertidos para el clínico, y por esto pocas veces son enviados para un examen radiológico. Y en cuanto a los portadores de gérmenes sin síntomas clínicos, el estudio radiológico es necesariamente excepcional.

4º En 5.067 enfermos examinados radiológicamente desde 1931 hasta la fecha, se halla en los digestivos un 4% de diagnósticos de amibiasis, comprobados después. En estos pacientes la sintomatología era muy variable y ninguno tenía manifestaciones de colitis en el momento del examen.

5º Con un estudio radiológico completo de las vías digestivas se en-

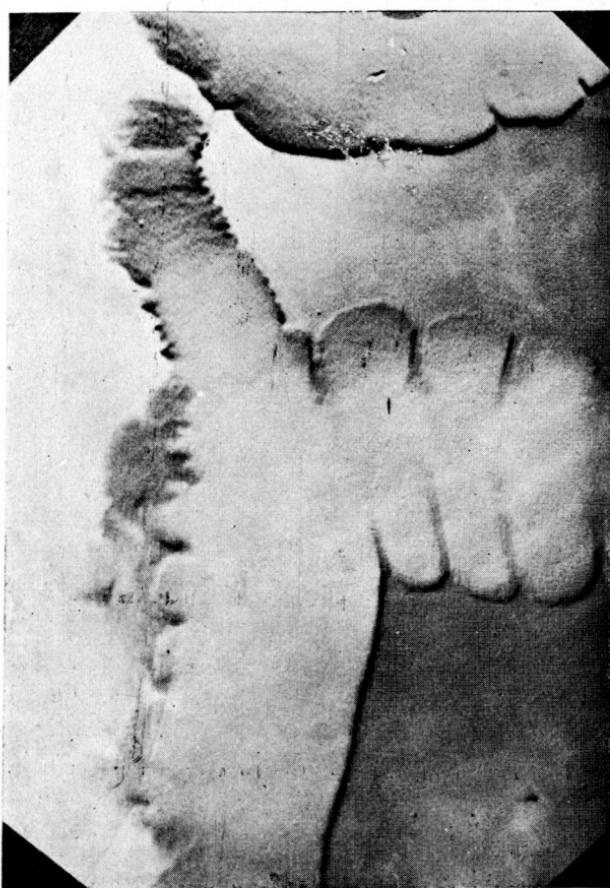


Fig. 32-A.

contraron muchas veces signos que permitieron comprobar después el diagnóstico primitivo de amibiasis.

6º Veinticinco casos de experimentación, con estudios radiológicos, proctoscópicos y de laboratorio, permitieron observar en los amibianos con fenómenos disentéricos en período agudo o acabando de pasar éste, imágenes semejantes a las de los amibianos crónicos.

7º La literatura científica sobre la radiología de la amibiasis es muy escasa, si se tienen en cuenta la frecuencia de esta enfermedad en los países tropicales y la ayuda que para el diagnóstico pueden prestar los rayos X.

8º Fue frecuente hallar en los amibianos retención gástrica apreciable al cabo de 6 horas; en algunos que presentaban cólicos clínicamente



Fig. 34.

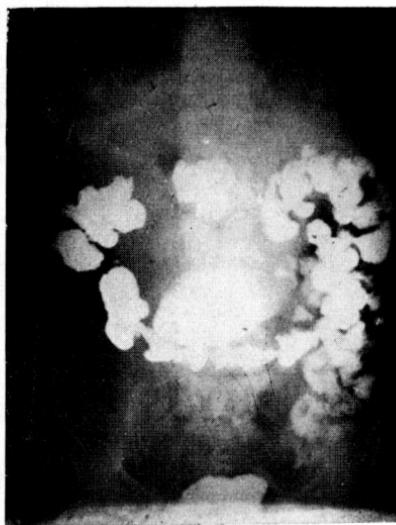


Fig. 35.

vesiculares no se visualizó la vesícula biliar por el procedimiento de Graham-Cole, el estudio de la bilis fue normal, y los cólicos desaparecieron con el tratamiento antiamibiano; muchas veces el hígado se encontró aumentado de volumen y este órgano provocaba aplanamiento del ángulo derecho del colon; y en el estudio del duodeno y del ileon no se observó particularidad ninguna.

9º Generalmente el tránsito ceco-cólico estuvo acelerado en las primeras horas, pero más tarde fue frecuente observar un retardo en la evacuación intestinal.

10º El aumento en el número de las segmentaciones cólicas, en especial del transverso, con desigualdad en su frecuencia e intensidad y con la disminución consiguiente del calibre del colon, fue uno de los datos más importantes en los exámenes hechos por ingestión.

11º La desigualdad en la repartición cólica de la comida baritada, la disminución o ausencia de las segmentaciones ceco-cólicas, la atonía de las paredes del colon, y la aerocolia, se presentaron en algunos casos.

12º Endurecimiento segmentario de las paredes ceco-cólicas y presencia de pequeñas denteladuras en sus contornos, forman el grupo de las imágenes radiológicas más frecuentes. Este aspecto radiológico, localizado a segmentos intestinales aislados, es demostrativo de la presencia de ulceraciones en esos sitios.

13º El estudio de los pliegues de la mucosa por impregnación no parece encontrársele mayor utilidad práctica para el diagnóstico de la amibirosis.

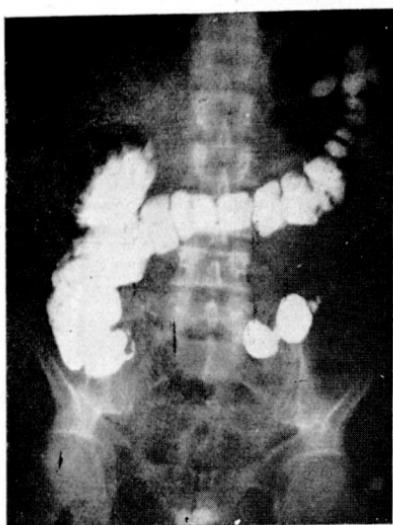


Fig. 36.



Fig. 37.

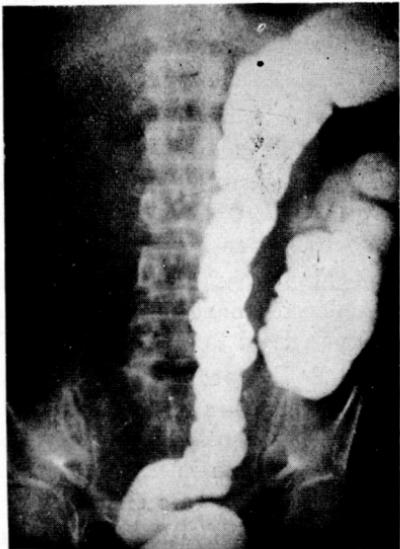


Fig. 38.

14º En las amibiasis agudas, al menos que estuvieran en sus comienzos, se encontraron por lo general los mismos datos radiológicos de los casos crónicos.

15º El colon descendente, las zonas vecinas a los ángulos hepáticos y esplénico, el ciego, el sigmaoide y finalmente los otros segmentos del colon, son los sitios que radiológicamente demuestran las localizaciones de esta enfermedad. Las lesiones del recto en los exámenes hechos por ingestión y por enema, sin impregnación de la mucosa, pasan desapercibidas.

16º Las observaciones transcritas en amibianos crónicos y en los enfermos estudiados experimentalmente, comprueban las consideraciones anteriores.

Considero por lo tanto, que el estudio radiológico completo de las vías digestivas de los enfermos examinados en la ciudad de Bogotá permite, cuando se encuentran los signos radiológicos descritos, orientar el diagnóstico hacia la amibiasis, prestando así una ayuda muy valiosa en el diagnóstico y el tratamiento de esta enfermedad.

