

Repertorio de Antaño

COLITIS AMIBIANA Y DISENTERIA

AMIBIANA

Tomado de la revista "Repertorio de Medicina y Cirugía", volumen 9 No. 8 mayo de 1918.
Por el Doctor Carlos Julio Lezaca, de Victoria (Caldas)

Las observaciones que en nuestra ya larga práctica profesional hemos venido recogiendo con cuidadoso método de las enfermedades de nuestros climas tropicales hace que, como corolario de ellas y con el propósito de establecer el intercambio de ideas entre nuestros ilustres colegas del país, tratemos este tópico de la colitis amibiana, por creerlo de alguna importancia. Frecuentes han sido los casos de pacientes que han ocurrido a nuestro consultorio afectados de colitis crónica de origen amibiano y que por haber sido tomadas por colitis mucomembranas apenas habían logrado ligeras mejorías con tratamientos clásicos que les habían sido instituidos, pero al hacerles el análisis fecal se ha venido a descubrir el enigma, evidenciando las amibas, y en otros al establecer el tratamiento específico por la emetina, ha puesto en evidencia la causa, por la cura radical, la cual, por este procedimiento no se hace esperar.

Análisis fecal.- Para practicar el análisis fecal es preciso escoger cuidadosamente una pequeña porción de moco o de pus de las deyecciones, y todavía mejor es tomar el moco directamente del recto, para cuyo efecto se introduce en él un catéter de goma blanda. Considero también como un procedimiento práctico la administración de un catártico salino y hacer el examen de una porción líquida de las deyecciones que se obtengan bajo la influencia de este catártico. Los análisis que hagamos de porciones fecales en vez de escoger el moco, nos puede inducir a errores de diagnóstico, puesto que en la generalidad de los casos nos resultarán negativos.

Sintomatología.- Los síntomas de la colitis amibiana son idénticos a los de la colitis mucomembranosa, siendo los más generales las cefalalgias,

el abatimiento, ligeros dolores abdominales, sobre todo cuando vienen los deseos de defecar, diarreas alternadas de estreñimiento, las que vienen por accesos, acompañadas de fuertes dolores, que llegan a simular cólicos, notándose a la presión un punto muy sensible y doloroso que está situado en el ombligo y en el reborde costal izquierdo, y tal parece como si el antro doloroso estuviera concentrado en este punto; y además se observa, y con harta frecuencia, un estado espasmódico del colon, que con facilidad se reconoce a la palpación, y las deyecciones están acompañadas de mucosidades y en algunos casos están mezcladas de sangre. Este estado persiste en algunos enfermos por algunos días y en otros apenas dura algunas horas, para luego volver a recobrar una salud aparente, y en un período más o menos largo volver al mismo sufrimiento. Ha habido individuos que han venido a nuestra consulta aparentando una buena salud y a quienes sólo de tiempo en tiempo les vienen períodos de diarreas mucosas, que les duran, en algunos, unas pocas horas después del acceso y en otros unos días y que curan espontáneamente, para en un período más o menos largo volverles el acceso, el cual atribuyen ellos a la clase de alimentos, a malas digestiones y a fuertes ejercicios, y en esta alternatibilidad subsisten por más o menos tiempo hasta que se establece el período agudo y definido de la colitis; en cambio la disenteria amibiana se inicia con todos los caracteres de infección de una manera franca: dolores, algunas veces agudos desde su principio, tenesmo, frecuentes deseos de defecar, deyecciones mucosanguinolentas, y en los casos graves se intensifican más estos síntomas y a medida que su gravedad avanza las mucosidades son mayores, hasta llegar a expulsar en algunos casos porciones de mucosa mortificada

y en otros se presentan enterorragias más o menos fuertes. En la infección que en el año pasado se presentó en San Agustín, población inmediata a ésta y a donde fuimos llamados, tuvimos varios casos con abundantes enterorragias, pero por fortuna no tuvimos que lamentar la muerte de ninguno de los que tratamos.

Higado.- Cuando la disenteria amibiana toma cierta cronicidad son muy frecuentes los abscesos hepáticos, habiendo casos en los cuales éstos se inician en el período agudo, cuando la infección principia, lo que debe hacernos examinar con asiduidad la extensión de la macidez hepática y todo aumento de esta zona, ya sea hacia arriba ya sea hacia abajo debe hacernos sospechar la formación de un absceso; pues este órgano viene a lesionarse con mucha frecuencia y en dos formas: la una debido a las alteraciones locales del órgano, debido probablemente a la acción de los productos tóxicos de los intestinos, y la segunda por la formación de los abscesos, los cuales pueden ser múltiples o únicos, con mucha frecuencia se extiende hacia el diafragma, que generalmente acaba por perforarse, que es lo más frecuente. Nosotros tuvimos un caso que se abrió por la cavidad de la pleura derecha produciéndose una empiemia; otras veces el pus es evacuado por las vías respiratorias o por un órgano cercano, ya sea el estómago, los intestinos, el peritoneo, la vena porta o la hepática.

Anatomía patológica.- Las lesiones intestinales están constituidas por las úlceras de la mucosa que producen una infiltración ya general ya local de la submucosa, infiltración que es debida al estado edematoso y a la multiplicación de las células fijas de los tejidos y que durante el primer período de la enfermedad estas infiltraciones locales aparecen a modo de elevaciones, de forma hemisférica, que se descubren sobre el nivel de la mucosa, la que mortificándose al nivel de estas elevaciones se elimina quedando a descubierto el tejido submucoso infiltrado, presentando así el aspecto de una masa gelatinosa de color amarillo agrisado; constituyendo al principio el fondo de la úlcera para más tarde eliminarse como una escara.

De la estadística publicada por Strong, de la infección que apareció en Manila de disenteria

amibiana, se sacan importantes demostraciones anatomopatológicas.

Muchas veces la pérdida de sustancia es menor en las partes superficiales que en las capas profundas de los tejidos, de tal manera que la úlceras pueden fusionarse unas con otras por debajo de las capas superficiales, que por estar íntegras todavía vienen a formar senos, en que, pasando por encima una membrana mucosa, da una apariencia normal. El fondo de las úlceras puede estar constituido por la túnica submucosa, por la muscular o por la serosa así como las úlceras pueden extenderse al intestino en toda su zona o estar circunscritas a una sola región, especialmente al ciego o a los ángulos hepático y sigmoides del colon y al recto. En los casos graves el intestino se engruesa demasiado y se ulcera en toda su extensión, dejando apenas pequeñas zonas de mucosa intestinal sin lesionar, que permanecen íntegras. El avance de las lesiones se efectúa por la infiltración progresiva de las capas del tejido conjuntivo que forma parte del intestino, produciéndose la necrosis de las túnicas más superficiales, y la cicatrización tiene lugar por la formación gradual del tejido fibroso en el fondo y en los bordes de las úlceras, cicatrización que en muchos casos no se efectúa convenientemente, persistiendo el síntoma diarreico, no obstante el tratamiento específico, debido al tricocéfalo, nemátodo que aprovecha las zonas laceradas para su subsistencia, lo que hemos observado con harta frecuencia, así como no debemos perder de vista el hecho también harto frecuente de cómo el amibo está asociado al tricomona, parásito que hace retardar la cicatrización de las úlceras, y hace persistir el síndrome diarreico.

Tratamiento.- El tratamiento específico por la emetina nos ha dado siempre resultados satisfactorios en la colitis amibiana, sin que hasta ahora se nos haya resistido el primer caso a una curación radical y pronta, tratamiento que hemos presidido de un purgante de aceite de ricino, aceite de eucalipto y cloroformo, con lo cual dejamos despejada la presunción del tricocéfalo y que si aparece en las desyecciones volvemos a repetir a corto intervalo hasta dejar los intestinos exentos de este nemátodo; así como en caso de hallar el tricomona hemos

el tratamiento trementinado con buenos resultados a la par de la emetina por la vía hipodérmica. En la disenteria amibiana el empleo de la emetina constituye el hecho de más importancia en su tratamiento; es un verdadero específico y con su empleo se consigue una mejoría rápida. Para el tenesmo rectal, los dolores abdominales fuertes y el hipo hemos usado con resultados muy satisfactorios la adrenalina en solución normal a la dosis de diez a veinte gotas con intervalo de tres a cuatro horas, habiendo llegado en algunos casos hasta darle cincuenta gotas a un paciente en veinticuatro horas.

Es de anotarse la manera satisfactoria como desde la primera dosis cede el tenesmo y los dolores y aun la misma frecuencia de defecar; para el hipo es un verdadero específico; a nosotros, en los varios casos en que la hemos usado no nos ha fracasado. Igualmente hemos empleado con buen éxito los lavados intestinales con un enema compuesto de mil gramos de suero fisiológico, al cual le adicionamos de veinte a treinta gotas de adrenalina; y para el éxito debe tenerse buen cuidado de que la enfermera, a quien siempre confiamos este tratamiento, sepa aplicar los enemas, porque de lo contrario viene a ser una mortificación para el paciente sin resultado satisfactorio, por la defi-

ciencia con que, en la mayoría de los casos, hacen estas aplicaciones, por no saber que debe cuidarse de que la solución llegue hasta el colon ascendente y el ciego, que son las zonas en que las úlceras revisten mayor gravedad, para cuyo efecto debe hacerse colocar al enfermo con las nalgas altas, y una vez se haya puesto el enema, hacerlo cambiar de posición a fin de que el líquido recorra todas las porciones del colon, procurando, además, el que sea retenido el mayor tiempo posible, ojalá sea por unos quince minutos. En algunos casos muy agudos hemos aplicado también con buen resultado los enemas con infusiones de ipecacuana en polvo. A un gramo o gramo y medio de ipecacuana en polvo en unos mil gramos de agua durante media hora le hemos adicionado veinte gramos de sulfato de soda. No hemos sido partidarios del uso del subnitrato de bismuto ni en la colitis amibiana ni en la disenteria, pues hemos creído que produce mayores perjuicios que ventajas, por el hecho de que esta sustancia se adhiere a la superficie de las paredes de las úlceras, sirviendo así para proteger más bien a los amibos, impidiendo que las aplicaciones locales en forma de enemas lleguen hasta ellos. Cataplasmas y fomentos trementinados sobre el abdomen producen bastante alivio atenuando los dolores.

COMENTARIO

Raúl Edmundo Piña Téllez *

Es una excelente descripción de un cuadro clínico, los métodos diagnósticos y terapéuticos de la época de una enfermedad que todavía a pesar de los programas de educación y prevención, junto con los avances en técnicas diagnósticas y terapéuticas es un azote para la población menos favorecida en nuestro país y a nivel mundial, con gran impacto socio-económico.

Hay que destacar el tema presentado por el Dr. Lezaca, la importancia de la clínica, la fisiopatología y el diagnóstico diferencial magistralmente expuestos, lo cual nos compromete a los médicos en general a tener presente el valor tan importante en el ejercicio de la profesión, de los aspectos fisiopatológicos y clínicos de las enfermedades.

* Jefe del Servicio de Gastroenterología, Hospital de San José. Profesor Asociado Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Presidente de la Asociación de médicos egresados de la FUCS, AMEFUS.