

Repertorio de antaño

UNA OBSERVACIÓN DE TRICOMONAS (?)

Por el doctor Jorge Bejarano de Bogotá

Tomado de la revista *Repertorio de Medicina y Cirugía*, volumen VIII, No. 4 enero de 1917

Los comentarios que hizo en el último número de *Gaceta Médica*, a una tesis de doctorado, el doctor José Gregorio Ferreira, nos han inducido a dar a la publicidad una larga historia clínica que no deja de tener señalada importancia ya que con ella se pueden sacar grandes conclusiones en lo que se refiere al tratamiento y diagnóstico del presente caso.

Señora N.N., casada y natural de Uijes, pueblo que mora en la ribera derecha del río Cauca, Departamento del Valle y que goza de un clima medio de 26°.

Antecedentes personales. – Casa a los dieciocho años; tuvo muchos abortos, dieciséis, al decir de ella, abortos que se hacían entre el tercero y cuarto meses. De todos sus embarazos, no recordamos cuál, sólo uno llegó a término, con el nacimiento de una hija que hoy vive y goza de buena salud. Dice haber vivido los primeros años de su vida en el pueblo mencionado, el cual, refiere, goza de aguas muy puras y ricas en cal por ser ese el lugar donde existen las más ricas minas de esta sustancia.

Antecedentes patológicos. – A excepción hecha en sus abortos, en los cuales nunca tuvo ninguna infección, su salud sólo ha sido alterada por algunas fiebres palúdicas y por frecuentes metrorragias.

Enfermedad actual. – Refiere su principio a un tiempo no menor de dieciseis años, época desde la cual principió a sentir frecuentes crisis de diarrea, seguidas de períodos de constipación. Este estado, seguido de alternativas, se ha prolongado hasta el día de hoy en que la diarrea se ha hecho persistente, motivo por el cual hace seis años, y por consejo médico,

resolvió venir a Bogotá, donde fue vista por dos facultativos, de los cuales el uno la trató como por espacio de seis meses. No obtenida durante ese tiempo ninguna mejoría, ni siquiera un diagnóstico que satisficiera su curiosidad de enferma, regresó a Buga, donde unos dos años después fuimos llamados a recetarla.

Estado de la enferma. – Nos llama la atención a primera vista la acentuada anemia de sus tegumentos, lo que contrasta con la aparente conservación de sus músculos y grasa.

Aparato digestivo. – Examinando de manera cuidadosa su aparato digestivo encontramos: dientes en muy mal estado, lengua húmeda, limpia en su totalidad, pero, dato importante, completamente lisa, desprovista de epitelio y agrietada hacia los bordes. Estas grietas, nos observa la enferma, se agravan en sus grandes crisis de diarrea, haciéndole imposible la ingestión de alimentos salados. Sobre las encías y mucosa de las mejillas se notan pequeñas placas blancas desprovistas de exudado. La mucosa del velo del paladar tiene un acentuado color amarillento, que resalta sobre el rojo de la mucosa bucal.

Haciendo la percusión de la región abdominal encontramos un marcado meteorismo, todavía más acentuado sobre la región del colon descendente. Practicando la palpación, hallamos un punto muy sensible a ella, situado a nivel de la cabeza del páncreas. Este punto, nos hace notar la enferma, ha sido siempre, en ella muy sensible. Los tegumentos de la pared abdominal nada ofrecen de particular a la simple inspección.

El hígado se encuentra pequeño a la percusión y no doloroso a la palpación. El bazo, un poco hipertrofiado, ofrecía en ocasiones un punto ligeramente doloroso.

Aparato urinario. - Normal.

Aparato genital. - Utero en retroflexión y con hocico endurecido por una antigua ulceración que le fue tratada por cáusticos.

Aparato pulmonar. - Normal.

Sistema nervioso. - Durante el tiempo en que la vimos, la enferma tuvo frecuentes crisis de histeria, que se determinaban en ella estados convulsivos seguidos de llanto y de angustia extrema, que la enferma calificaba como los "últimos momentos." Se nos refiere que, desde antes de verla nosotros, era ya víctima de ellos. Este estado se acentuó durante el tiempo en que vimos a la enferma, hasta el punto que él la redujo a la completa inmovilidad, porque la enferma aseguraba serle imposible caminar o siquiera ponerse de pie.

Habíamos omitido dar todo el cuadro de síntomas pertenecientes al aparato digestivo para hablar más detenidamente de ellos. Cuenta la enferma que sus deposiciones en los últimos tres años han sido muy frecuentes, seis a ocho en el día, de las cuales había siempre una que era matinal, seis de la mañana. Cada deposición era precedida en ocasiones de un ligero cólico, cólico que se acentuaba en las épocas en que su enfermedad se recrudecía, tiempo en el cual solía aparecer también el tenesmo.

El aspecto de la deposición ha sido siempre muy variado: líquido y de color amarillo oscuro cuando se encontraba la enferma en períodos de calma relativa; se tornaba verde oscura y aun melénica durante los períodos agudos. La cantidad nunca fue escasa, ni hubo en medio de las heces mucosidades o sangre apreciable a la simple vista, resaltando sí la exagerada fetidez de la deposición.

En los signos subjetivos suministrados por la enferma merecen especial mención su anorexia, su repulsión por algunos alimentos como la carne y su inclinación por todos los que pudieran llevar algún con-

dimento como el vinagre. Entre las frutas rechazaba, por causarle mal, la papaya y el plátano, que no digería en ninguna de sus formas.

Nuestro primer cuidado, luego de examinar la enferma y de informarnos del aspecto de la deposición, fue hacer verificar un examen microscópico de ella, examen que encomendamos a nuestro distinguido colega el doctor Jorge H. Tascón, con quien algún tiempo después tuvimos ocasión de ver la enferma.

De ese examen nos suministró él los siguientes datos: deposición muy fétida, consistencia líquida, color amarillo oscuro, reacción ácida, gran cantidad de microbios, glóbulos de grasa, fibras musculares y enorme cantidad de tricomonas intestinales.

Puestos en posesión de este dato que nos permitía aceptar en dicha enferma la existencia única y exclusiva de una diarrea crónica por el tricomonas, no tardamos en instituirle inmediatamente el tratamiento aconsejado por el doctor Escomel, así la poción como el lavado intestinal. Sostuvimos este tratamiento durante cuatro semanas y con él pudimos ver una ligera mejoría consistente en menor número de deposiciones y consistencia un poco dura de éstas. Como la enferma se mostrara un poco fatigada a causa de un mes de tratamiento continuados, hubimos de acceder a suspender éste, no sin que antes comprobáramos por el microscopio el resultado del tratamiento. En efecto, un segundo examen nos informó haber desaparecido en su totalidad el tricomonas.

Halagados con tan prometedor resultado, hubimos de persistir en el régimen alimenticio, hidrocarbonados y caldos, al mismo tiempo que instituímos un tratamiento reconstituyente en forma de inyecciones y a base de cacodilato de soda y estriquina.

Una nueva recaída no se hizo esperar demasiado tiempo; quince días después nos informó la enferma que las deposiciones habían vuelto a ser numerosas, fétidas y de color verde oscuro. Entonces presentó fenómenos de náusea, estado permanente de vértigo, que la enferma denominaba borrachera, y sensación de un intenso amargo en la boca. Este estado, que se repitió muchas veces, tenía para ella el

calificativo de bilioso, y con frecuencia la oíamos repetir la necesidad de querer arrojar bilis por la boca como único medio de alivio. Y detalle importante: este estado desaparecía tan pronto como le suministraba a la enferma un purgante de aceite de ricino, cuyos efectos aliviadores ya conocía de antemano, por lo cual lo reclamaba con insistencia.

La recaída obedeció a una nueva aparición de parásitos, motivo por el cual renovamos la medicación trementinada, coadyuvada esta vez por inyecciones de emetina, en la dosis de dos centigramos por día y en número de doce. La mejoría relativa no se hizo esperar, mejoría debida a la desaparición del parásito. El tratamiento se sostuvo por espacio de casi dos meses, al fin de los cuales nos pareció excesivo mantenerlo, pues ya la enferma comenzaba a notar fenómenos de intolerancia por la trementina, tales como ardor en las vías digestivas superiores y aliento con olor a trementina.

Continuamos nuestra medicación por la emetina, que erróneamente creímos provechosa por tratarse de un protozoario, pero una nueva recaída en el curso del tratamiento nos hizo abandonar por mucho tiempo esta medicación, hasta que en una nueva ocasión y desalentados por el insuceso de la trementina, volvimos con el doctor Jorge H. Tascón, cuya colaboración pedimos, a instituir la, y ya en más alta dosis cuatro centigramos por día. El fracaso fue completo: no sólo pudimos observar la persistencia del parásito, sino que la enferma tenía mayor diarrea por consecuencia del tratamiento.

Antes de que el doctor Tascón colaborara con nosotros en el tratamiento de esta enferma, ya habíamos ensayado con ella distintos regímenes alimenticios y distintos tratamientos: sulfato de soda a pequeñas dosis, calomel, píldoras de Segond, agua cloroformada a saturación, kossam y sumatrina y, por último, naftalina, remedio que nos aconsejó un colega desde París y a quien por carta suplicamos consultar un especialista. El fracaso de todos ellos fue completo, pues si con la sumatrina y el calomel hicimos las deposiciones menos fétidas y completamente amarillas, nunca logramos una mejoría que complaciera a la enferma ni menos a nosotros.

Puesto que con el doctor Tascón habíamos visto que la única medicación capaz de hacer desaparecer el parásito era la trementina, resolvimos sostenerla esta vez en la forma de perlas, de cincuenta centigramos, que dábamos en número de ocho por día. Al mismo tiempo instituímos los lavados intestinales de trementina, practicados con sonda rectal, y alternados con lavados de permanganato de potasa, licor de Labarraque o nitrato de plata. La diarrea persistió no obstante la medicación concomitante ya por el opio, el bismuto, el tanino, el nitrato de plata, el ácido láctico, ya en píldoras o en solución. Con las perlas de trementina, que se mantuvieron por largo tiempo, observamos, después de algunos días, que no eran digeridas y salían intactas en las deposiciones.

Los accidentes histéricos, que se repetían con gran frecuencia y con caracteres más graves, hacían a menudo suspender los tratamientos para apelar entonces a medicaciones del momento. Pero es lo cierto que la medicación por la trementina se sostuvo algo así, con pocos intervalos, como por espacio de seis meses, y con ella nunca observamos una mejoría que siquiera se prolongara por un mes.

La aparición de la tesis del doctor Villa Alvarez y el tratamiento por él preconizado nos llevó a instituir nuevamente la medicación por la trementina, a la cual agregamos las lavativas de yodo metalóidico. Temiendo que la dosis de un gramo en un litro de agua, aconsejada por el doctor Villa, resultara demasiado caústica para una enferma ya con lesiones ulcerosas avanzadas, prescribimos una lavativa con cincuenta centigramos de yodo, láudano y mil quinientos gramos de agua.

No obstante nuestra previsión, los efectos no pudieron ser más violentos: La lavativa produjo en la enferma fuertes dolores intestinales acompañados de fenómenos peritoneales: fiebre, náuseas y timpanismo. Los resultados de esta medicación y la resistencia que a una nueva aplicación opuso la enferma, se encargaron de hacerla desaparecer por completo de nuestro arsenal terapéutico.

Perdida ya para la enferma y para nosotros la esperanza de su curación y desalentados por tan repetidos fracasos, dejamos de verla por algún tiempo, al

fin del cual la encontramos un poco extenuada pero con ánimo de someterse a un nuevo tratamiento. Ocurrióse nos entonces aconsejarle un tratamiento de lavados intestinales, haciendo primero aplicar uno evacuador de agua y borato de soda y uno segundo y desinfectante con un litro de agua y veinte gotas de lisol. Al mismo tiempo le ordenamos la taka-diatasa y la lactobacilina. La mejoría no se hizo esperar: la enferma hacía una deposición cada veinticuatro horas, semidura y amarilla, pero persistieron en ella la acentuada anorexia y los accidentes histéricos, por lo que en ocasiones dejaba de aplicarse los lavados.

Esta mejoría se marcó un mes antes de nuestro viaje para esta capital, mes de octubre del corriente año, y hasta hoy no hemos vuelto a ser informados del estado de la enferma, pero sí en vista del agotamiento de la enferma y de su resistencia para alimentarse formulamos un pronóstico reservado. Ignoramos también, por haber rechazado la enferma un nuevo examen, si con el último tratamiento desaparecieron los tricomonas.

La observación presente nos lleva a las siguientes conclusiones:

- 1.^a En vista de la ineficacia del tratamiento por la trementina, ¿se trataba en este caso de una diarrea debida única y exclusivamente al tricomonas?
- 2.^a La larga permanencia del parásito en el intestino ¿es capaz de determinar acaso lesiones que mantengan un estado de diarrea incorregible por la desaparición del parásito y aun por tratamientos astringentes?
- 3.^a En el presente caso ¿predominó en el tricomonas la forma de involución, o de quistes lo que lo hizo inaccesible al tratamiento enérgico y sostenido? No lo sabemos, pues los repetidos exámenes apenas se limitaron a comprobarnos o negarnos la existencia del parásito.
- 4.^a La emetina en el tratamiento de la diarrea por tricomonas, al menos en el presente caso, resulta ineficaz,

- 5.^a Muchos de los síntomas que ofrecía esta enferma, sobre todo las lesiones bucales, los fenómenos de dispepsia, como meteorismo, falta de digestión de la carne y de las grasas, estado crónico de diarrea con alternativas de constipación en los primeros años, poca repercusión sobre el estado general, heces en fermentación pronta, ¿no son acaso suficientes para inclinarnos al diagnóstico de una diarrea tropical?

Esta misma incertidumbre en el diagnóstico nos hizo poner un interrogante en el título de nuestra relación y ella hizo que en el largo tiempo en que vimos a la enferma ensayáramos, también sin resultados, el tratamiento y el régimen que para ese estado prescriben los autores.

- 6.^a ¿En el tricomonas capaz de determinar en largos años un cuadro semejante al del Sprue o coexiste siempre en estos estados y en muchos otros disentéricos?
- 7.^a ¿Existe entre nosotros la verdadera disenteria por tricomonas? Hé aquí lo que deseáramos saber, porque ni el trabajo paciente del doctor Escomel, ni la tesis del doctor Villa, que habla de muchas observaciones, son suficientes para dar a la diarrea por tricomonas la individualidad clínica que ya han adquirido las disenterias bacilar o amibiana. Nosotros pensamos con el doctor Ferreira que para concluir algo afirmativo es necesario, más que el microscopio, el análisis clínico.

Comentario

Arecio Peñaloza R.*

En el artículo del Dr. Bejarano es de elogiar la detallada anamnesis y descripción semiológica utilizada para exponer el caso, que nos permite hoy la posibilidad de acercarnos al diagnóstico. Al leerlo recordábamos a nuestros

* Jefe del Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia. Instructor Asistente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá D.C. Colombia.

profesores, quienes nunca dejaron de insistirnos que “en la anamnesis y el examen físico está el diagnóstico de los pacientes”. Importante enseñanza que los médicos modernos hemos ido olvidando para dejarlo en manos de la tecnología; artículos como este nos recuerdan lo aprendido, la tecnología sólo se debe usar para confirmar nuestras apreciaciones. En 1917, él se enfrentó a una enfermedad diarreica crónica, entidad clínica que 92 años después sigue siendo todo un reto por las múltiples etiologías, que incluyen las diarreas *osmótica* (medicamentos, deficiencia de disacaridasa y la ficticia), *secretoras* (hormonal, ficticia, adenomas vellosos, malabsorción de sales biliares y medicamentos), *inflamatorias* (colitis ulcerativa y microscópica, enfermedad de Crohn, malignidades, enteritis por radiación), *síndromes de malabsorción* (desórdenes del intestino delgado, obstrucciones linfáticas, afecciones pancreáticas, sobrecrecimiento bacteriano), *desórdenes de motilidad* (posquirúrgicos, enfermedades sistémicas, síndrome de intestino irritable) y *enfermedades crónicas* (parásitos y SIDA).

El estudio de cada una de estas posibilidades debe ser orientado, como se anotó antes, por una detallada historia clínica y un completo examen físico, después de los cuales podremos definir qué estudios paraclínicos que la tecnología actual nos ofrece, requerimos para confirmar nuestra impresión inicial.

En el caso ilustrado llama la atención la diarrea crónica, la anemia, la lengua lisa y agrietada en los bordes, las frecuentes crisis de histeria que parecen asociadas con episodios convulsivos, que la llevaron a un estado de inmovilidad con ocasionales deposiciones melénicas y anorexia. Todo lo anterior nos hace pensar en la posibilidad de una patología localizada en íleon terminal (enfermedad celiaca, Crohn o Whipple, esprue tropical, sobrecrecimiento bacteriano, gastroenteritis eosinofílica o linfoma, entre otras), causante de malabsorción de vitamina B12 que explicaría el cuadro clínico de la paciente. En la actualidad habríamos indicado, además de los paraclínicos usuales que nos permitieran verificar el estado de anemia megaloblástica y de deficiencia de vitamina B12, una colonoscopia con intubación de íleon terminal, para estudiar dicha porción intestinal. En caso de no lograr confirmar nuestra presunción diagnóstica, podríamos solicitar un tránsito intestinal de doble contraste con enterocclisis y metilcelulosa o uno de los modernos estudios disponibles para el estudio del intestino delgado (enteroscopia, enterotac o cápsula endoscópica), cada uno con sus ventajas y riesgos. Tal vez con alguno de los anteriores estudios se hubiera logrado esclarecer la etiología en tan difícil paciente. Por último, quisiéramos comentar que hoy sabemos que las tricomonas, aunque se pueden encontrar en el colon, no tienen ninguna implicación patológica a ese nivel.

