



CAPITULO NO. 42
AMIBIASIS
Luis Manuel Avalos Chávez DCSP

OBJETIVO TERMINAL.

Ante un caso clínico de un preescolar con diarrea y tenesmo con evolución de una semana el lector será capaz con base en un conjunto de antecedentes personales, datos clínicos y paraclínicos de determinar si se encuentra ante una amibiasis u otra enfermedad que curse con evacuaciones mucosanguinolentas, establecer el manejo y proponer las medidas preventivas.

OBJETIVOS CONDUCTUALES.

- 1.- Describir la epidemiología de la amibiasis .
- 2.- Describir el cuadro clínico.
- 3.- Analizar los paraclínicos útiles para el diagnóstico.
- 4.- Proponer tratamiento.
- 5.- Informar el pronóstico a los padres
- 6.- Dictar las medidas preventivas.

INTRODUCCIÓN.

La amibiasis aguda y crónica representa un problema de salud pública para cualquier comunidad. En la República Mexicana es aún más grave, en 1974 ocupó el cuarto lugar en el Informe epidemiológico, con tasa de 118.9 por 100,000 habitantes, dicha tasa es 1492 veces más alta que la de Estados Unidos de Norteamérica en el mismo año. En 1977 se practicó por el grupo de Gutiérrez Trujillo una encuesta serológica en todo el país, reportando un 6 % de anticuerpos anti-amibiasis en la edad pediátrica.

En 1985 la Dirección General de Epidemiología del Estado de Jalisco reportó 67,248 casos de amibiasis, los cuales 51.04 % correspondieron a menores de 15 años, en el año de 1987 se publicó en el Boletín del Colegio de Pediatría de Jalisco una encuesta de morbilidad en niños efectuada por 150 pediatras, donde se constató que la amibiasis ocupa uno de los 10 primeros lugares como motivo de consulta en niños.

La Amebiasis intestinal por grupos de edad en el año de 2006, reporta el menores de un año 32,675 casos. En niños de 1 a 4 años 122, 417 casos y en menores de 5 a 9 años 96, 274 casos, en escolares de 10 a 14 años 78,682 casos. Sobre Absceso Hepático, los últimos reportes que da la Secretaría de Salud, son 921 casos en niños de 1 a 4 años, 936 en niños de 5 a 9 años, y 726 en niños de 10 a 14 años, en el año de 2000.

Para tener idea de la magnitud del absceso hepático amibiano en niños en México, baste mencionar la experiencia del Instituto Mexicano del Seguro Social, institución que al año atiende 3,000 casos de dicha patología. Brandt y Pérez Tamayo demuestran que la frecuencia de amibiasis es series de autopsias es del 5% en hospitales pediátricos de la ciudad de México.

Aquí en la ciudad de Guadalajara tenemos la experiencia del Departamento de Pediatría del Hospital Civil que atiende un promedio de 34,651 consultas anualmente de las que hospitalizan 4,976 niños y 18 se ingresan con diagnóstico de absceso hepático amibiano.

AMIBIASIS INVASORA

Son los procesos causados por la penetración de amibas patógenas en los tejidos del ser humano.

AGENTE ETIOLOGICO.

La amiba vive en el intestino grueso del hombre, cuando está en calidad de comensal se llama forma minuta o prequística que a su vez engendra quistes y se nutren de sustancias de contenido intestinal. La forma minuta se transforma en invasora o trofozoito que contiene enzimas citolíticas (gelatinasa, glutaminasa, ribonucleasa, hialuronidasa y caseasa), que destruyen los tejidos.

PATOGENIA,

El quiste se elimina por las heces fecales del portador o enfermo, se contamina el suelo, agua, alimentos y manos. El niño se contamina al estar en contacto con estos agentes. El quiste

ingerido pasa al estómago, intestino y aquí pierde su cubierta externa y libera trofozoitos que pasan al colon y causan la amibiasis invasora. Los quistes de amiba se destruyen a 55 grados centígrados, el yodo y las pastillas desinfectantes no los destruyen, tampoco el cloro que se usa en la potabilización del agua. El quiste vive de 12 a 14 días en el suelo húmedo y 40 en el agua. Son un peligro las personas infectadas que manejan alimentos así como las moscas y las cucarachas.

FORMAS CLINICAS.

a) Amibiasis intestinal aguda.-

Datos clínicos: Dolor abdominal en todo el trayecto del colon, deseo de evacuar, heces con moco y sangre, pujo y tenesmo, Se complica con deshidratación, perforación intestinal, bronconeumonía y septicemia.

b) Colon tóxico.-

Datos clínicos: Se observa en desnutridos menores de 2 años, existen úlceras en el colon que se pueden perforar, datos de abdomen agudo, diarrea sanguinolenta, fiebre o hipotermia, mal estado general.

c) Apendicitis amibiana.-

Datos clínicos: Presenta el cuadro clásico de cualquier apendicitis.

d) Ameboma.-

Datos clínicos: Es una reacción inflamatoria granulosa que engruesa la pared, raro, y da cuadro de oclusión intestinal y tumor.

e) Amibiasis cutánea.

Datos clínicos: Se localiza en genitales externos y regiones vecinas. Se presenta como úlceras.

f) Absceso hepático amibiano.

La invasión hepática es la más frecuente aunque se puede invadir a cualquier órgano de la economía. Aquí en la Ciudad de Guadalajara tenemos la experiencia del Departamento de Pediatría del Hospital Civil que atiende un promedio de 34,651 consultas anualmente de las que hospitalizan 4,976 niños de los que 18 se ingresan con diagnóstico de absceso hepático amibiano.

CUADRO CLINICO

Analicemos ahora cual es la prevalencia por edad y cuales son los signos y síntomas más comúnmente encontrados en niños con absceso hepático: Ver figuras 1 y 2.

Aproximadamente el 72 % de los casos se efectúa el diagnóstico correctamente al ingreso por el médico interno o residente de Pediatría, la edad predominante fue la de preescolar (99 casos) y escolares con 108.

En cuanto al estado nutricional solamente el 18 % fueron eutróficos el resto presentó algún grado de desnutrición siendo ésta de tercer grado en el 12 %, la mayoría provienen de áreas marginadas o bien, del área rural; el 19.5% presentaron evolución de una semana por lo menos. Ver tabla No. 1

TABLA NO.1				
RELACION ENTRE TIEMPO DE EVOLUCION Y MORTALIDAD				
Tiempo en semanas	Número de pacientes	Número de defunciones	*Tasa de letalidad	%
Una	56	4	7.14	19.5
Dos	117	11	9.40	40.8
Tres	63	9	14.28	21.9
Cuatro y más	51	13	25.49	17.8
TOTAL	287	37	12.89	100.00

*T asa x 100 .- Avalos-Chávez LM, Aguirre-Jáuregui O, Avalos-Huizar LM: Absceso hepático amibiano en pediatría. Bol Col Ped Jal 1988;3-8.

PARACLINICOS

Los paraclínicos más solicitados y alterados fueron la biometría hemática, radiografía de tórax, fluoroscopia, rectoscopia, gammagrafía y ecosonografía, este último procedimiento sólo se utilizó en los últimos 6 años. Es necesario hacer notar que la hemoglobina por abajo de 10 g se presentó en el 68 % de nuestros pacientes, la leucocitosis arriba del 75% y la bandemia en el 70%

Los hallazgos radiográficos fueron hepatomegalia y elevación del hemidiafragma derecho en el 66 y 63 % respectivamente, hubo derrame pleural en el 13 % y bronconeumonía en el 15 %. En la rectoscopia se pudieron observar edema en el 88 %, congestión en el 82%, úlceras en el 51 %, sangrado en el 45% y el 8% de las rectoscopías resultaron normales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En 60 casos junto con el diagnóstico de absceso hepático amibiano se mencionaron a su ingreso los siguientes diagnósticos:

Fiebre tifoidea, apendicitis, hepatitis, hepatoma, tricobozoar, quiste del colédoco, quiste del mesenterio, neuroblastoma y tumor de Wilms. No se pensó en el diagnóstico en 9 casos de abdomen agudo, secundario a ruptura del absceso a cavidad peritoneal, en 7 casos de empiema, hepatoma 2 casos, apendicitis retrocecal 3 casos, tuberculosis mesentérica en 3 casos, bronconeumonía en 8 casos, fiebre tifoidea en 5 casos y 9 íleo metabólico.

TRATAMIENTO

Todos fueron tratados médicamente con emetina y cloroquina en los primeros años del estudio (1971-1972), con emetina y metronidazol en los últimos casos, tratamiento este último que consideramos el apropiado en todo niño con absceso hepático amibiano, en caso de que existiera peligro de ruptura a cavidad abdominal o bien falla en el tratamiento medicamentoso es necesario efectuar punción evacuadora hepática o pleuropulmonar y marzupialización del absceso.

PRONÓSTICO

De los 287 pacientes el egreso fue por curación en 162 niños, mejoría en 88 y fallecieron 37, la tasa de letalidad fue de 12.89% resultando tres veces superior a la de otras series reportadas, la tasa más alta fue en lactantes menores con tasa del 40%, en los lactantes mayores fue de 22%, los preescolares de 8% y los escolares de 6%.

La relación que es constante y que existe entre letalidad y estado nutricional ha sido desde siempre subrayada por Biagi, Larracilla, Heredia, Kumate y Gutiérrez; a mayor desnutrición mayor mortalidad, existiendo similar relación entre tiempo de evolución y letalidad o sea a mayor tiempo de evolución mayor mortalidad.

En casos puncionados la mortalidad es más alta, el exceso de punciones en relación a otras series se debe a lo tardío en que se presentan los niños a tratamiento en el Hospital Civil; además de que el mayor número de punciones se efectuaron al inicio del estudio y su número ha venido decreciendo a medida que pasa el tiempo o debido al uso del metronidazol como antiamebiano de primera elección, solamente en 132 niños no se efectuó ningún procedimiento quirúrgico.

DIAGNOSTICO AUXILIADO POR EL LABORATORIO EN AMIBIASIS:

- a) Coproparasitoscópico directo: en heces fecales recientes.
- b) Raspado de mucosa rectal y de úlceras buscando trofozoitos.
- c) Rectoscopia: útil, permite observar úlceras blancas rodeadas de mucosa sana y tomar muestras de moco para buscar trofozoito.
- d) Serología: Buscar anticuerpos antiamebiano, positivos en amibiasis
- e) Radiografía de abdomen: Permite ver úlceras de colon, pérdida de las austraciones y cuadro de íleo paralítico o perforación de víscera .

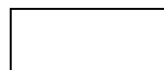
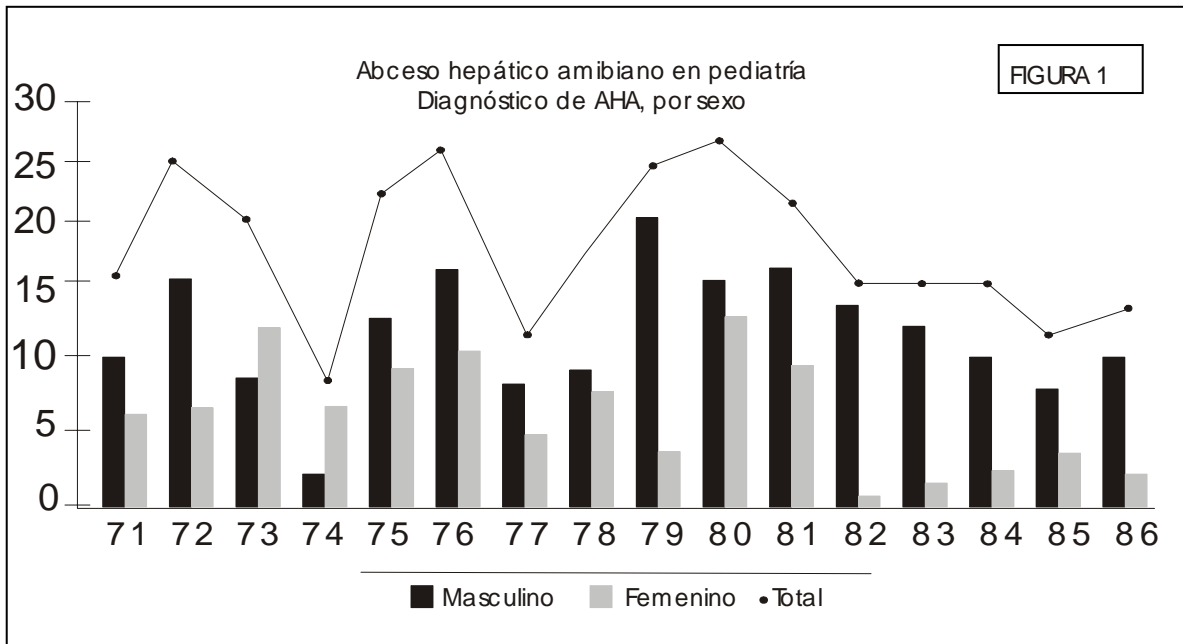
PROFILAXIS.

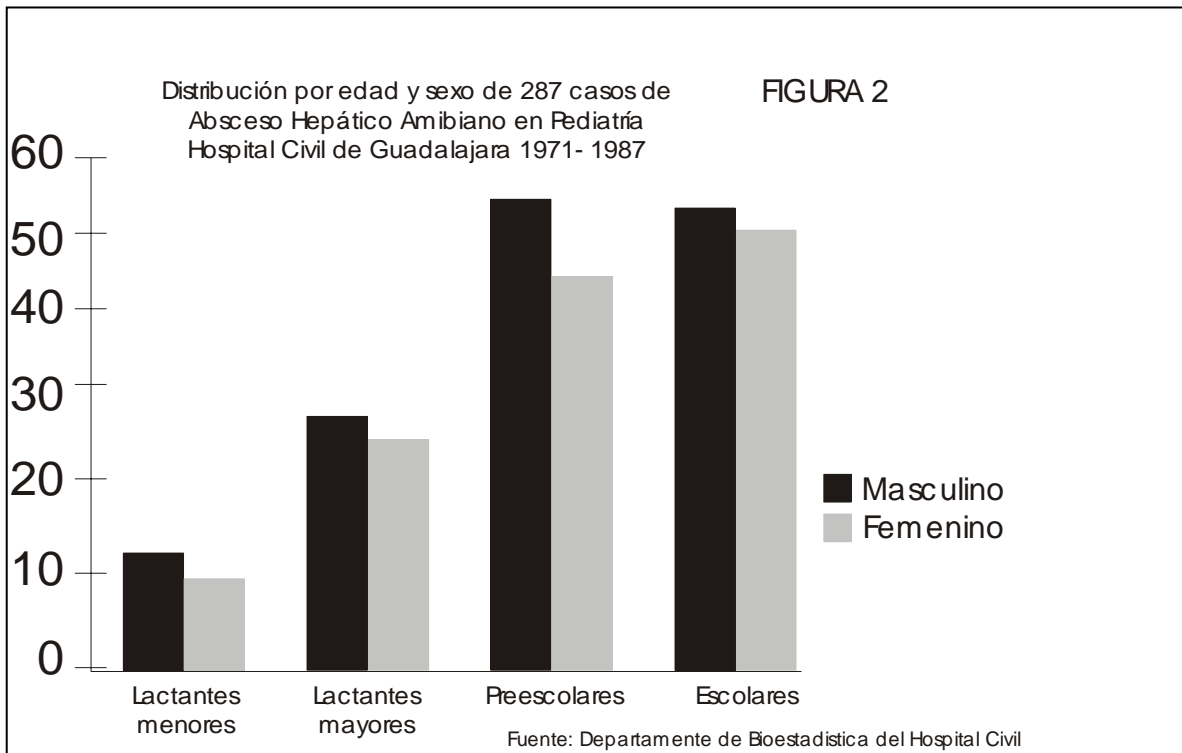
Uso de agua potable o hervida durante 25 minutos. Evitar ingerir vegetales crudos. Aseo de manos después de defecar. Convencer manejadores de alimentos de lavarse las manos. Uso de retretes y letrinas aseadas.

TRATAMIENTO.

Medicamentos de acción sistémica:

Emetina 1 mg/Kg/día/10 días IM sin pasar de 600 mg. Metronidazol 35-50/mg/Kg/día/10 días vía oral. Medicamentos de acción intraluminal. Diyodohidroxiquinoleína 20/40 mg/Kg/día/20 días.





BIBLIOGRAFÍA:

- 1.-Torroella JM: Pediatría. 2da ed. Editorial Francisco Méndez Oteo. México 1982; 968-984.
- 2.-Carrera PA: Avances en el tratamiento de las parasitosis intestinales. Laboratorios Columbia SA. México 1979.
- 3.-Avalos-Chávez LM, Aguirre-Jáuregui O, Avalos-Huizar LM: Absceso hepático amibiano en Pediatría. Bol Col Ped Jal 1988;3-8.
- 4.-Palacios JL: Introducción a la pediatría. 3ra ed. Editorial Francisco Méndez Oteo. México 1988.
- 5.-Calderón JE.: Conceptos clínicos de infectología. Editorial Méndez Cervantes México 1976.
- 6.-Kumate J: Manual de infectología. 11 ava ed. Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México. México 1985.
- 7.- Mizrahi LM: Infecciones intestinales. 2da ed. Editorial El Manual Moderno. México 1984.
- 8.- Departamento de Estadística del Hospital Civil de Guadalajara, 1988.
- 9.-Gutiérrez G, Ludlow A, Espinoza G y Col: Encuesta epidemiológica nacional. Investigación de anticuerpos contra E. histolytica en la República Mexicana. Rev. Med. IMSS. 1975: 285
- 10.-Avalos-Chávez LM, Novoa-Niz J: Encuesta de morbilidad infantil en la ciudad de Guadalajara. Bol Col Ped Jal Febrero de 1987.
- 11.-Delgado R: Amibiasis intestinal problemas y avances. Rev Mex Ped 1971; 40:523.
- 12.-Sepúlveda B: Inmunología de la amibiasis. En: Amibiasis. IMSS. México 1976;81-123.

- 13.-DelgadoR: Un rectoscopio desechable para el diagnóstico de amibiasis intestinal aguda en el niño.En: Pediatría Práctica. 1972;121-139.
- 14.-Yanuario SB: Modificación de la letalidad en la amibiasis extraintestinal. Gac Med Mex 1976;34.
- 15.-Méndez JM: Revisión de 114 casos de empiema. Revista Medica del Hospital Civil de Guadalajara. 1971;6:335.