

ERNESTO GARCÍA HERRERA*

EL ABSCESO
AMIBIANO
EN EL NIÑO
SUS
COMPLICACIONES
PLEURO-
PULMONARES.

SE CONOCE COMO amibiasis la infestación por *Endamoeba histolytica* protozooario generalmente intestinal que se encuentra distribuido en en todo el mundo, pero que prevalece en los trópicos y subtrópicos, sobre todo en los medios de nivel socio-económico bajo. Después de la segunda guerra mundial, se ha distribuido en climas y latitudes nunca antes observadas, como lo indican reportes del Boston General Hospital y la experiencia personal del autor en el Marlboro State Hospital, de New Jersey, en 1956 y 1957.

Gómez Malare¹, de Venezuela indica que en los últimos 10 años se ha registrado un aumento de la amibiasis intestinal en su país, de 11,311 casos en 1950 a 20,578 en 1959, sin que esto revele la verdadera magnitud del problema. La mortalidad por complicaciones de la misma ha aumentado de 77 en 1950 a 240 en 1959, representando 1.2% de amibiasis mortal indicando que el grupo etario, que paga mayor tributo es la primera infancia. En nuestro medio, del 5 al 47% de la población se encuentra parasitado, según diversas encuestas realizadas.

Se conocen infestaciones en recién nacidos, en lactantes, pre-escolares y escolares.

La *Endamoeba Histolytica* ingresa por la vía digestiva en forma quística a partir de alimentos o bebidas contaminadas, viviendo en la luz del intestino o invadiendo la pared, produciendo las úlceras en botón de camisa, que al confluir pueden ulcerar una gran parte de la mucosa intestinal. Estas úlceras, que se encuentran con mayor frecuencia en el ciego y en el sigmoide, pueden alcanzar otras porciones del colon e intestino delgado, pudiendo perforar la pared intestinal (amebomas).

* Sanatorio de Huipulco. México 22, D. F.

No se sabe con precisión cuáles son los factores que condicionan la invasividad, aunque parece ser que influyen la desnutrición, el hacinamiento, las carencias múltiples y el poliparasitismo.

La invasión hepática puede realizarse por vía transportal, hecho probado en animales de experimentación. Es importante el hecho experimental de que siguiendo el uso de corticoesteroides, se han producido abscesos extraintestinales sobre todo hepáticos². Existen dos tipos de afección hepática; la hepatitis amibiana sin abscesos, que se caracteriza por un hepatomegalia dolorosa y febril, hepatalgia que puede ser espontánea o provocada, la cual afecta con frecuencia al hemidiafragma correspondiente, produciéndose disnea y tos. El absceso hepático amibiano se origina por pequeños y múltiples focos de necrosis, que al confluir llegan a formar los abscesos únicos o múltiples. Desde aquí pueden invadir por vía hemática, el pulmón, cerebro y otros órganos.

Revisando la bibliografía nacional sobre complicaciones extraintestinales de la amibiasis en niños, llama la atención lo escaso de las publicaciones. Se encuentran mencionados solamente casos reportados ocasionalmente por médicos del Hospital Infantil de México. Dentro de las localizaciones hepáticas en pacientes más jóvenes, existen el de un lactante de 6 meses, publicado por Salas³; Beltrán⁴ señaló la amibiasis del lactante en su tesis de internado; Torroella⁵ reportó 14 casos de abscesos hepáticos; Biagi⁶ revisó 46 casos de amibiasis en niños; Rodríguez Díaz⁷ indica que el problema no ha sido estudiado en México, ya que según él se han encontrado hasta 38.5% de complicaciones extraintestinales de la amibiasis. En la revisión recién efectuada en el Hospital Infantil de México por Delgado Castro⁸, se reportan 53 casos de complicaciones extraintestinales. Es de notarse, sin embargo, que hasta ahora no se ha analizado el problema hepatopleuropulmonar en detalle. El propósito de este trabajo es el de presentar las observaciones de 20 casos registrados en el Hospital Infantil de la ciudad de México, entre los años de 1954 y 1962, y 2 casos del Pabellón No. 11 del Sanatorio de Huipulco, encontrados entre 1961 y 1963.

MATERIAL Y MÉTODO

En 22 casos de amibiasis hepato-pleuro-pulmonar se consignaron aisladamente las observaciones correspondientes a edad, sexo, procedencia, antecedentes, estado nutricional, peso y sintomatología de ingreso. Se examinaron cuidadosamente el tipo de dolor, tos, fiebre, inmovilidad del

diafragma en fluoroscopia, reacción pleural y parenquimatosa, deformación torácica, empiema, neumotórax, hepatomegalia, datos de laboratorio principalmente la recuperación de *Endamoeba* y el procedimiento seguido, evolución intrahospitalaria, tratamiento recibido y datos de autopsia en caso de fallecimiento. En algunos casos en que no se pudo demostrar *Endamoeba histolytica* patógena, se tomó como criterio la respuesta al tratamiento.

RESULTADOS

Edad y Sexo. La edad y el sexo se encuentran consignados en la Tabla I.

Estado de nutrición. El estado de nutrición se consigna en la Tabla II.

Sintomatología y Signología. Las hemos dividido en la correspondiente al ingreso de los enfermos al hospital, y la relacionada con la complicación torácica. (Tablas III y IV).

T A B L A I

<i>E d a d</i>	<i>No. de Casos</i>	<i>Por ciento</i>
7 a 24 meses (lactantes)	6	27.2
2 a 6 años	11	50
7 a 12 años	5	22.7
<i>S e x o</i>		
Masculino	7	31.8
Femenino	15	68.2

T A B L A I I

	<i>No. de Casos</i>	<i>Por ciento</i>
Eutróficos	2	9
Desnutrición I Grado	2	9
Desnutrición II Grado	8	36.6
Desnutrición III Grado	10	45.4

T A B L A I I I

SINTOMATOLOGÍA DE INGRESO EN LOS ENFERMOS ESTUDIADOS

	No. de Casos	Por ciento
Fiebre	19	86.3
Diarrea disintérica (sangre, moco, pujo y tenesmo)	13	59
Dolor localizado espontáneo (hipocondrio, epigastrio y parrilla costal)	12	54.5
Tos seca	9	40.9
Dolor abdominal difuso	8	36.3
Disnea	5	31.8
Deformación en la parrilla costal	7	22.7
Ictericia-coluria-acolia	5	22.7
Diarrea no disintérica y vómitos	4	18.1
Tumoración abdominal aparente	4	18.1
Anorexia y adinamia	4	18.1
Manifestaciones neurológicas (convulsiones, sopor y signos focales)	4	18.1
Sin manifestaciones diarreicas	3	13.6
Palidez	3	13.6
Meteorismo	4	18.1
Constipación	1	4.5

Consignamos que en algunos enfermos no hubo diarrea. Encontramos frecuentemente dolor y tos, con deformación de la pared torácica, lo que indica procesos muy avanzados, tanto que en el 15% de nuestra serie se estableció un empiema de necesidad. Encontramos que en los enfermos con ictericia, coluria y acolia el pronóstico fue fatal.

Demostración de Endamoeba Histolytica. En nuestra serie de enfermos se logró aislar la amiba en el 65% de los casos, usando diversas técnicas como fueron el examen directo, platina caliente, frotis del pus extraído por punción o drenaje. En los casos autopsiados pudo recuperarse en dos de ellos directamente de los tejidos enfermos. En el 35% de los restantes la amiba no pudo identificarse por el laboratorio, el diagnóstico estuvo basado en la clínica y la respuesta definitiva al tratamiento con emetina y cloroquina. Es difícil obtener el trofozoito del material de abscesos ya que su *habitat* lo constituye la periferia de los abscesos siendo esto una dificultad técnica para hallarlos. Los resultados de la demostración, fallecimiento del niño (9%).

T A B L A I V

SINTOMATOLOGÍA ENCONTRADA EN LA COMPLICACIÓN PLEURO-PULMONAR
O PERICÁRDICA.

Sintomatología	No. de Casos	Por Ciento
Fiebre	21	95.4
Disnea	12	54.5
Manifestaciones clínicas de derrame pleural	11	50
Circulación venosa tóraco-abdominal	10	45.4
Dolores referidos al área pulmonar o la espalda-hombro	10	45.4
Hipomovilidad torácica	8	36.3
Deformidad torácica	5	22.7
Defensa muscular en hipocondrio o epigastrio	4	18.1
Cianosis	3	13.6
Tonos cardíacos velados	3	13.6
Vómica	1	4.5

T A B L A V

DEMOSTRACIÓN POSITIVA DE ENDAMOEBA HISTOLYTICA

Material	No. de Casos	Por ciento
Heces fecales	11	50
Pus de absceso hepático	7	31.8
Pus de empiema	5	22.7
Lesiones en tejidos de autopsia	2	9

Características del pus.

Desde el punto de vista del aspecto del pus éste fue en 6 (27.2%) de color café (chocolate), en 9 (40.9%) purulento y en 2 (9%) sero-sanguinolento. No hubo información de los restantes.

Estudio radiológico.

Las alteraciones radiológicas se encuentran consignadas en la Tabla VI.

Evolución clínica.

En cuanto a la evolución de los enfermos de nuestra serie, ha sido mala, ya que de 20 casos tratados 13 fallecieron, o sea una mortalidad del 59%.

T A B L A V I

	No. de Casos	Por ciento
Hepatomegalia	20	90
Elevación de la cúpula diafragmática	19	86.3
Disminución de la movilidad diafragmática a la fluoroscopia	17	77.2
Derrame pleural	15	68.1
Condensación pulmonar basal	18	81.8
Atelectasia pulmonar	4	18.1
Reacción pleural basal	6	27.2
Rechazamiento de silueta cardíaca	7	31.8
Absceso pulmonar	1	4.5
Derrame pericárdico	1	4.5

Terapéutica médico-quirúrgica.

En 13 enfermos se realizó tratamiento médico exclusivamente. El tratamiento se realizó a base de oxitetraciclina, emetina, cloroquina, combinándolas o administrándolas todas ellas, además de carbarzone y penicilina. El mejor tratamiento fue realizado con 3 sustancias: emetina, a la dosis de 1 mg. KPD, de 7 a 10 días por vía intramuscular; cloroquina, a dosis de 20 a 30 mg. KPD, de 10 a 20 días, reduciendo la dosis a 10 mg. KPD, 20 días más y oxitetraciclina, 50 mg. KPD durante 8 días. Se usaron antibióticos de amplio y mediano espectro para irrigaciones locales. Sus resultados fueron dudosos. De los 13 enfermos cuatro mejoraron y nueve fallecieron (18.1 y 40.9%) respectivamente.

El tratamiento médico quirúrgico aplicado en seis casos dió el resultado siguiente: dos mejorados, tres fallecidos y en uno se ignora la evolución final. Los procedimientos quirúrgicos empleados se consignan en la Tabla VII.

En 9 de los 13 casos fallecidos se hizo necropsia. Los resultados de lo encontrado en el abdomen se consigna en la Tabla VIII.

Los resultados de lo encontrado en tórax se consigna en la Tabla IX.

T A B L A V I I

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Drenaje por canalización, abscesos hepáticos múltiples por vía transpleural y abdominal	1
Drenaje por punción hepática transpleural	4
Drenaje por canalización transpleural	2
Drenaje absceso hepático por toracotomía	2
Drenaje empiema	8
Canalización subsecuente	5
Punción pericárdica	2
Toracotomía explorada	1
Neumonectomía	1
Lobectomía	1

T A B L A V I I I

Abscesos hepáticos (múltiples 5 y único 3)	8
Colitis amibiana	3
Perforación intestinal	1
Peritonitis	1

T A B L A I X

Amibiasis de hemidiafragma derecho	4
Empiema	3
Derrame pleural seroso	1
Absceso pulmonar	2
Pleuritis	2
Neumonitis amibiana	3
Adherencias pleurales	1
Pericarditis	2
Derrame pericárdico	1
Absceso cerebral (infectado secundariamente)	1

COMENTARIO

La frecuencia de la complicación tóraco-pulmonar corresponde en nuestra revisión a un 39% de la incidencia de la amibiasis extraintestinal, tomando como fuente de información al Departamento de Archivos Clínicos del Hospital Infantil. Esta cifra contrasta notablen-

te con la de 23.2% que indica Delgado Castro⁸ en su reciente tesis, y contrasta aún más con la de De Bakey⁹ que indica 20% y la de Orbison¹⁰ del 8%. Takaro y Bond¹¹ indican 2.5% de complicación pleuro-pulmonar en una serie de 400 casos estudiados. Solamente Rodríguez Díaz⁷ da una cifra de 38.5% de complicaciones extraintestinales en la amibiasis. Estas cifras deben hacernos considerar la gravedad del problema en México.

CONCLUSIONES.

1. Se presentan los resultados clínico-patológicos de 22 niños con amibiasis hepato-pleuro-pulmonar, estudiados en el Hospital Infantil de la ciudad de México y en el Pabellón No. 11 del Sanatorio de Huipulco.
2. Se hacen consideraciones en cuanto a la patogenia de la amibiasis extraintestinal y particularmente de la hepato-pleuro-pulmonar.
3. Se efectúa una revisión de la literatura nacional y mundial respecto al problema, resaltando que a pesar de la gravedad del mismo, en nuestro medio son pocas las publicaciones al respecto.
4. Se hace un cuidadoso estudio en cuanto a sintomatología clínica y signología radiológica.
5. Desde el punto de vista del estudio parasitoscópico únicamente en el 65% de los casos pudo demostrarse en distintos productos la presencia del parásito, en el 35% restante de los casos el diagnóstico se basó en la respuesta al tratamiento instituido.
6. La mortalidad en los 22 casos estudiados fue del 65%, lo que es un porcentaje muy elevado, que está de acuerdo sobre todo con lo avanzado del padecimiento a su ingreso.
7. El tratamiento que se instituyó fue médico exclusivamente en 13 casos, de los cuales el 45% fallecieron, 8 recibieron tratamiento médico-quirúrgico con una mortalidad del 37.5% y 1 no recibió ningún tratamiento.
8. En 9 de los 13 casos fallecidos se hizo necropsia. Se consignan los resultados abdominales y torácicos por separado.

RESUMEN

Se presentan los resultados clínico-patológicos de 22 niños con amibiasis hepato-pleuro-pulmonar, estudiados en el Hospital Infantil de la

Ciudad de México y en el Pabellón No. 11 del Sanatorio de Huipulco. Se hacen consideraciones en cuanto a la patogenia de la amibiasis extraintestinal, particularmente de la hepato-pleuro-pulmonar; revisándose la literatura nacional y mundial al respecto, resaltando que, a pesar de la gravedad del mismo en nuestro medio, son pocas las publicaciones al respecto. Se hace cuidadoso estudio en cuanto a sintomatología clínica y signología radiológica.

Desde el punto de vista del estudio parasitoscópico, únicamente en el 65% de los casos pudo demostrarse en distintos productos la presencia del parásito, en el 35% restante de los casos el diagnóstico se basó en la respuesta al tratamiento instituido. La mortalidad en los 20 casos estudiados fue del 65%, lo que es un porcentaje muy elevado, que está de acuerdo, sobre todo con lo avanzado del padecimiento a su ingreso. El tratamiento que se instituyó fue médico exclusivamente en 13 casos, de los cuales el 45% fallecieron, 6 recibieron tratamiento médico-quirúrgico con una mortalidad del 37.5% y 1 no recibió ningún tratamiento. En 9 de los 13 casos fallecidos se hizo necropsia, consignándose los resultados abdominales y torácicos por separado.

SUMMARY

The clinical-pathological studies of 22 children with hepato-pleural-pulmonary amibiasis are presented from the Hospital Infantil of Mexico City and the Pediatric Ward of Sanatorio de Huipulco, Mexico. The pathogenesis of the extraintestinal and hepatic-pleural-pulmonary amibiasis is discussed. A revision of the literature (national and world) was done and found that although the severity of the problem in our country, there are few papers published. The clinical symptomatology and radiology are studied. Parasitoscopically only 65% of the cases showed the parasite; on the other 35% the diagnosis was made based on the response to the treatment. The mortality was 65% very high indeed, because of the severity of the condition on admission. The treatment was medical in 13 cases, 45% of which died; 6 had combined treatment (medical-surgical) with 37.5% mortality and one without treatment. An autopsy was made in 9 of the 13 deaths. We present the abdominal findings and the thoracic ones separately.

RESUMÉ.

L'auteur présente les résultats cliniques et pathologiques du traitement de l'amibiase hepato-pleuro-pumonaire chez 20 enfants de l'hôpital Infantil de Mexico. Il fait une étude minutieuse de la symptomatologie et des signes radiologiques. Du point de vue parasitoscopique l'amibe a été présente dans 65% des cas et chez les 35% restants, le diagnostic se basa sur les résultats du traitement. La mortalité dans les 20 cas étudiés fut de 65%, pourcentage très élevé qui s'explique par l'état avancé de la maladie à l'entrée des malades à l'hôpital. Le traitement fut exclusivement médical dans 13 cas avec une mortalité de 45%, médico-chirurgical dans six cas avec une mortalité de 50% et un cas non traité. L'autopsie fut pratiquée dans 9 cas sur morts et on décrit les résultats des examens de la cavité abdominale et thoracique.

REFERENCIAS

1. Gómez Malaret, S.: *Amibiasis infantil. Relato*. Trabajo presentado en el VI Congreso Panamericano de Pediatría, VI Cong. Sudamericano de Pediatría y I Cong. Venezolano de Padiatría, Caracas, Venezuela, 1960.
2. Biagi, F.: *Influencia de algunos esteroides en la producción experimental del absceso amibiano hepático*. Asoc. de Invest. Ped., A. C., XIV Reunión Reglamentaria, Junio 1962, pp. 203-209.
3. Salas, M., Angulo, O. y Esparza, H.: *Patología de la amibiasis en los niños*. Bol. Méd. Hosp. Infantil (México), 15: 185, 1958.
4. Beltrán López, H.: *La amibiasis del lactante*. Tesis de Internado. Hospital Infantil de México, 1957-1959.
5. Torroella, S. M.: *Comunicación personal*, 1962.
6. Biagi, F.: *Algunas observaciones clínicas sobre 46 casos de amibiasis en niños*. Bol. Méd. del Hosp. Infantil (México), 15: 633, 1958.
7. Rodríguez Salas, E.: *Amibiasis en el niño*. Bol. Clín. de la Asoc. de Med. del Hosp. Inf. de México, I: 2, 1961.
8. Delgado Castro, F. J.: *Complicaciones extraintestinales de la amibiasis en el niño*. Tesis, Hospital Infantil de México, D. F., 1961.
9. De Bakey, M. E. y Oschner, A.: *Hepatic amibiasis. A 20 year experience and analysis of 263 cases*. Surg., Gynec. Obst. 92: 209, 1951.
10. Orbison, J. A., Reeves, N., Leedhorm, C. L. y Blumberg, J. M.: *Amebic Brain Abscess. Review of the literature and report of 5 additional cases*. Medicine, Balt. 30: 247, 1951.
11. Takaro, B. y Bond, W. M.: *Pleuropulmonary, pericardial and cerebral complications of amebiasis. A twenty year survey*. Int. Abst. Surg. 107: 209, 1958.
12. García Herrera, E.: *Amibiasis hepato-pleuro-pulmonar en los niños*. Neum. y Cir. Tórax, Vol. 23 (6), 1962, pp. 393-400.