

ASPECTOS SOBRESALIENTES DE LA AMIBIASIS HEPÁTICA

VI

TERAPEUTICA*

DR. LEONIDES GUADARRAMA
DR. NORBERTO TREVIÑO ZAPATA

NUESTRO CRITERIO en este problema, lo constituye el que en el curso de los años se ha establecido en el viejo Hospital General, del que formamos parte. Son muchos quienes han escrito juicios y observaciones, de las cuales participamos, y entre ellos, Ayala González, Acevedo, Chárvel, Flores Espinosa, Flores López, Fournier, Haro y Paz, Ramos, Ortiz de Montellano, de quienes ahora tomamos opiniones agregándolas, por similares, a las nuestras.

Sabemos que no se pueden dar esquemas rígidos de tratamiento, y que la terapéutica debe individuarse a cada caso clínico, a cada persona, a cada circunstancia, pero sí es posible establecer las reglas que deben seguirse para atender a estos enfermos. Las bases del tratamiento de la amibiasis en general son de orden clínico. Es necesario fijar el concepto acerca de la enfermedad.

De los estudios acumulados por los anatomopatólogos y los parasitólogos, en colaboración, al practicar las necropsias de amibianos, se desprende que este parasitismo debe ser considerado como una enfermedad sistémica con tres fases evolutivas: 1a. Infección primaria intestinal, 2a. Fase circulante en la sangre y en la linfa, 3a. Localizaciones extra-intestinales. Dice Biagi: "En los animales con amibiasis intestinal, puede demostrarse la presencia de amibas en el hígado en un 75% de los casos; y no tenemos por qué dudar que tal sea el caso en el ser humano."

* Trabajo de Sección (Gastroenterología) presentado por sus autores en la sesión del 23 de septiembre de 1964.

El terapeuta no puede saber si las fases evolutivas amibianas se cumplirán fatalmente una tras otra; pero para cuidar debidamente al paciente, no olvidará que la dolencia es sistémica y que la fase circulante no falta y las localizaciones viscerales aparecerán cuando menos se piense, por causas determinantes aún no bien conocidas. A la menor sospecha de amibiasis hepática, el clínico debe instituir terapéutica de prueba, aunque con frecuencia resulten negativos los exámenes coprológicos.

A veces solamente el tratamiento medicamentoso, otras además, las punciones evacuadoras, que desde 1842 con Miguel Jiménez forman parte de la tradición mexicana, resuelven la generalidad de los casos de amibiasis y absceso hepático. Se trata en su mayoría de contenidos de hepatolisis y no precisamente abscesos, por tanto sin gérmenes secundarios, en los cuales la terapéutica médica y punción evacuadora son eficaces y suficientes.

El sitio adecuado para la punción será determinado por el examen clínico y el radiológico; muchas colecciones son accesibles por vía anterior o lateral; pocas por vía posterior. Debe procurarse evacuar todo el contenido del absceso y se repetirán las punciones evacuadoras con la frecuencia que lo requiera la evolución del caso: una, dos o más veces por semana, hasta que resulten negativas; una y mejor aún, dos punciones.

Los antibióticos que han menguado o controlado la infección secundaria han servido para disminuir las complicaciones, su gravedad, la mortalidad; factores que estamos obligados a reducir más todavía por el diagnóstico temprano y el oportuno y adecuado tratamiento medicamentoso con emetina y cloroquina alternantes, o también simultáneas y, en caso necesario, además las punciones evacuadoras. En los últimos años el uso de la Dehidroemetina racémica sintética, es un nuevo valioso recurso.

Siempre debemos insistir en la necesidad de realizar la prevención de la amibiasis hepática, tanto por el tratamiento para la forma intestinal, como fundamentalmente por las medidas sanitarias correspondientes.

Sabemos por los estudios de neumografía intrahepática de Acevedo, que el absceso inicialmente es múltiple y durante su curso se hace único. Dice este autor, que la evolución clínica después de tratado un absceso, puede ser excelente y, sin embargo, existir absceso residual. Por ello no puede considerarse que haya enfermos de amibiasis definitivamente curados, necesitan vigilancia periódica y tratamiento sostenido de la amibiasis intestinal.

Las complicaciones agravan el pronóstico hasta 46% de mortalidad, contra 3% en los casos no complicados. Las complicaciones que requieren cirugía son: La ruptura a un lóculo peritoneal o a la cavidad general, ocurriendo esta última generalmente en casos muy avanzados que han aniquilado al enfermo, agravándose mucho la situación. Simultáneamente con la intervención quirúrgica, o como preparación a ella, éstos y todos los casos complicados se benefician con

el tratamiento específico medicamentoso y por las punciones evacuadoras de la o las cavidades abscedadas hepáticas. Se requiere además, tanto atender el estado general como emplear antibióticos para luchar contra infecciones secundarias.

Otra complicación es la ruptura a la pleura, creando empiemas cuyo pronóstico ha mejorado con el manejo quirúrgico torácico del problema pleural, simultáneamente con la cura medicamentosa y punciones del absceso hepático. Por lo que respecta a la fistulización a bronquios, la mayor parte de los casos se solucionan con el tratamiento médico y las punciones hepáticas evacuadoras. La ruptura al exterior se atiende en la misma forma, requiriéndose además en veces la ampliación del orificio fistuloso para favorecer el drenaje. La rara y grave ruptura a vísceras huecas, estómago, duodeno, colon, es difícil de diagnosticar, tratándose en veces de hallazgos de autopsia. El excepcional caso de ruptura a pericardio de gran severidad lleva a la muerte casi siempre; Ortiz de Montellano refiere un caso que sobrevivió, con el tratamiento conservador medicamentoso y de punciones evacuadoras de un absceso del lóbulo izquierdo hepático, sin manejo del pericardio.

Para terminar, repetimos lo que uno de nosotros (N.T.Z.) expresó recientemente en julio del presente año en la Reunión Nacional de la Asociación Mexicana de Gastroenterología: "habrá que ratificar viejos conceptos y conocimientos que de tan firmes no han caído, como lo es el uso de la emetina que nunca abandonamos, ni menos condenamos, quienes hubimos de usarla antes y después del advenimiento de arsenicales, vioformo, aralén, etc. Siempre estuvimos contra la leyenda negra de la emetina, que fue y sigue siendo para nosotros fundamental y efectiva".

Y es propósito del mismo de nosotros (N.T.Z.), en posterior oportunidad ante esta Academia, ampliar comentarios y reflexiones para contribuir a rehabilitar, como se merece, a la emetina, que consideramos inocuo y singular recurso terapéutico antiamibiano.