RESUMENES DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

TRATAMIENTO MEDICO DE LA AMIBIASIS

LUIS LANDA *

La conducta terapéutica es diferente si se trata de un paciente enfermo de amibiasis, o de un individuo al que se le encuentran quistes de *Entamoeba histolytica* en las heces y que es un portador sano. En el primer caso, la enfermedad depende de la penetración de las amibas a los tejidos del huésped, habitualmente al colon y al hígado, lo que constituye la amibiasis invasora. En el segundo caso, la amiba vive en calidad de comensal inocuo en el intestino, pero el individuo puede contribuir a la diseminación de la parasitosis.

Los fármacos que se usan en el tratamiento de la amibiasis se dividen en tres tipos, de acuerdo con el sitio donde ejercen su actividad terapéutica.

- I. Los que tienen su acción en la luz intestinal, llamados por ello de acción luminal; son administrados por vía bucal y no se absorben por el intestino. Comprende este grupo a las oxiquinoleínas, algunos antibióticos, las amidas cloradas, la diloxamida, y el teclosan y los arsenicales.
- II. Los que tienen acción en tejidos como la pared intestinal y el hígado y por ello son llamados de acción tisular: emetina, dehidroemetina y cloroquina.

III. Los de acción mixta, tisular e intraluminal, como metronidazol y otros derivados del nitroimidazol.

A. Tratamiento de la amibiasis invasora del hígado (absceso hepático amibiano)

La investigación de la respuesta terapéutica en pacientes con absceso hepático amibiano agudo, distribuidos al azar en varios grupos, mostró que la efectividad de los distintos fármacos de acción tisular y de sus combinaciones fue la siguiente:

	Porcentaje
Emetina	68
Dehidroemetina	70
Hidroxiclozoquina	70*
Metronidazol	89
Dehidroemetina + cloroquina	83
Dehidroemetina + metronidazol	96

La emetina y la dehidroemetina se usan a la misma dosis: 1 mg. por kilogramo de peso corporal por día, por diez días. La inyección intramuscular es igualmente dolorosa con ambas; no se recomienda la vía endovenosa por el riesgo de producir miocarditis; la dehidroemetina es menos tóxica que la emetina.

* Académico numerario. Servicio de Gastroenterología. Hospital General. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

El metronidazol y los otros derivados del nitroimidazol, el secnidazol, el nimorazol y el tinidazol se usan a igual dosis y tienen efectividad semejante.

En el adulto se administran dos gramos diarios, repartidos en tres tomas, por un tiempo que varía de cinco a diez días; algunos casos responden desde el tercer día del tratamiento, pero se necesitan cinco días para obtener 85 por ciento de curaciones y para llegar a 95 por ciento de ellas, se requieren diez días de tratamiento con cualquiera de los derivados del nitroimidazol mencionados. Estos medicamentos son bien tolerados y los efectos indeseables se limitan por lo común a náusea y vómitos; sin embargo, han mostrado efecto carcinogénico en el ratón y tienen acción mutagénica en bacterias, por lo que conviene restringir su administración a los casos en que pelagra la vida.

La cloroquina se administra por vía bucal y se absorbe completamente por el intestino; la dosis es de un g. diario por dos días y luego 500 mg. diarios por dos a tres semanas. Puede producir náusea y vómitos y, en ocasiones, ptosis palpebral.

Como la amibiasis hepática implica el paso de las amibas a través del colon, es necesario agregar al tratamiento un fármaco de acción luminal, si se ha usado emetina, dehidroemetina, cloroquina, o si se han usado derivados del nitroimidazol por menos de 10 días.

Solamente cuando no hay respuesta favorable al tratamiento médico, se debe recurrir a la punción evacuadora o al drenaje quirúrgico, a menos que el paciente llegue con amenaza de ruptura, o ya con ruptura del absceso hacia el peritoneo, la pleura o el pericardio, en cuyo caso urge intervención quirúrgica.

B. Amibiasis invasora del colon (colitis amibiana, disentería amibiana)

Para el tratamiento de esta forma de amibiasis se debe combinar alguno de los medicamentos de acción tisular, con uno de acción luminal. De los primeros es preferible usar la dehidroemetina o el metronidazol, ya que la cloroquina no tiene efecto en la amibiasis del colon. De los segundos, de acción luminal, los hay de varias clases:

1. *Oxiquinoleínas*. La yodocloroxiquinoleína y la clorohidroxiquinoleína han producido efectos tóxicos de tipo neurológico, principalmente en el nervio óptico, por lo que no se recomienda su uso; la diyodohidroxiquinoleína tiene menor toxicidad, se puede usar y la dosis es, para adultos, 650 mg. tres veces al día por 20 días; para niños, 250 mg. por cada cinco kilogramos de peso, por día, por 20 días.

2. *Antibióticos*. El sulfato de paromomicina se administra en adultos a la dosis de 500 mg. tres veces al día durante cinco a siete días; en niños, 250 mg. por

cada cinco kilogramos de peso durante cinco a siete días. Tiene el inconveniente de su costo elevado y de que frecuentemente produce diarrea. Del estearato de eritromicina, en adultos se dan 150 mg. dos veces al día por 7 días; es potencialmente hepatotóxico.

3. *Otros fármacos de acción luminal*. El furoato de diloxamida se administra en adultos a la dosis de 500 mg. tres veces al día por diez días; en niños mayores de siete años, 250 mg. tres veces al día por diez días. *Amidas cloradas*: Clefamida: en adultos 500 mg. tres veces al día por diez días; en niños, 100 mg. por cada cinco kilogramos de peso por día, durante diez días. Etofamida: en adultos, 500 mg. dos veces al día por tres a seis días; en niños, 100 mg. por cada cinco kilogramos de peso durante tres a seis días. Teclosan: para adultos, 100 mg. tres veces al día por diez días; en niños, 25 mg. tres veces al día, por diez días. Los medicamentos de este grupo producen meteorismo en 80 por ciento de los casos.

4. *Arsenicales*. El ácido fenilarsónico y el glicobiarsol no deben usarse ya, por su toxicidad y su mediana efectividad terapéutica.

C. Portadores sanos

Aun cuando los pacientes estén asintomáticos, deben tratarse con medicamentos de acción luminal, por el riesgo de que en un momento dado las amibas exalten su virulencia, o el huésped disminuya su defensa y aparezca la amibiasis como enfermedad. Así mismo, el portador sano contribuye a la diseminación del parásito.

No se deben usar en ellos los medicamentos de acción tisular, porque no tienen efecto luminal, ni los derivados del nitroimidazol, por el mencionado efecto potencialmente carcinogénico.

El médico debe estar consciente de que el portador sano de *E. histolytica*, puede tener síntomas de colon irritable y debe estar preparado para tratar esta enfermedad con dieta, medicamentos y psicoterapia.

Finalmente, hay que tener en cuenta que existen cepas de *E. histolytica* con distinta virulencia; esto se ha demostrado por su distinto poder infectante en el hámster y por su diferente sensibilidad a los fármacos antiamibianos: las amibas menos virulentas son más susceptibles a los medicamentos y las cepas más virulentas requieren dosis mayores.

Esto, junto a la respuesta inmunológica diferente en distintos individuos, tanto desde el punto de vista de la inmunidad humoral como de la celular, hace que no sea recomendable la adopción de esquemas rígidos de tratamiento. La terapéutica antiamibiana debe tener, pues, la necesaria flexibilidad para ajustarse al caso individual.