

AMEBIASIS PLEURO-PULMONAR

Por: Dr. JORGE RODRIGUEZ

Departamento Médico del Seguro Social, Cátedra de
Neumología, Quito-Ecuador.

La invasión de la *Endamoeba histolytica* a pulmón no es excepcional en medios como el nuestro en que la amebiasis intestinal tiene el carácter endémico. Sin embargo, en ocasiones este hecho no es tomado en cuenta cuando el médico enfrenta procesos pleurales o infiltrativos de la base derecha pulmonar que reconocen esta etiología. En estos casos la prueba terapéutica con emetina es altamente beneficiosa evitando que estos pacientes sean sometidos a prolongados y costosos tratamientos.

El objeto de este trabajo es el de actualizar y complementar un relato anterior presentado en 1959 a la Academia Ecuatoriana de Medicina, intitulado "Amebiasis hepato-pulmonar"¹. La casuística en aquel trabajo consistió en 21 pacientes observados en el Dispensario N° 1 de LEA de Quito, en un lapso de 10 años. Desde 1959 hasta el presente año hemos encontrado 19 casos más, lo que haría un total de 40 casos diagnosticados en el mencionado servicio. La vía de propagación más frecuente, hacia zonas pulmonares, es

la transdiafragmática, consecutiva a lesiones localizadas en el hígado. Las lesiones hepáticas amebianas han sido descritas como de tipo difuso (hepatitis) o localizado (absceso). En ambos casos hay elevación y paresia del hemidiafragma derecho, tos seca, dolor en el hipocostrio derecho agravados por la tos y la respiración profunda; pero, no hay todavía compromiso pleuro-pulmonar, éste se presenta más tarde cuando por la acción de las enzimas proteolíticas y de la hialuronidasa secretadas por las amebas, se produce la perforación del diafragma y los trofozoitos invaden pleura y pulmón provocando tos y expectoración hemoptoica y en ocasiones la clásica vómica. Radiológicamente aparecen sombras infiltrativas en base derecha y signos de ocupación pleural.

Nuestra casuística se refiere únicamente a estas formas de compromiso torácico, por lo que preferimos la denominación de amebiasis pleuro-pulmonar en lugar de la amebiasis hepato-pulmonar. El otro mecanismo patogénico, aunque muy raro (nosotros

lo hemos encontrado) es la vía circulatoria; venosa o linfática que lleva las amebas directamente de intestino a pulmón².

La literatura nacional no es muy abundante sobre este tema. Nos referimos a ella en el artículo preliminar y no conocemos de nuevas publicaciones sobre este tema. En cambio la literatura extranjera es numerosa e interesante. En Madras, India, Thiruvengadam y col.³, diagnosticaron un caso de pleuresía amebiana por biopsia pleural; en el Cairo, Egipto, Warranki⁴ informa de dos casos de amebiasis del lóbulo superior. Sundaram y col.⁵, señalan la importancia de los procedimientos quirúrgicos en el tratamiento de esta condición pulmonar. Son también interesantes los trabajos de Imari⁶ y de Webster⁷. En el presente año, Sethi⁸, al revisar nuevos casos de supuración pulmonar de origen amebiano recomienda los métodos serológicos de fijación del complemento, como método de diagnóstico adicional.

MATERIALES Y METODOS

Se recopilan 19 casos diagnosticados de amebiasis pleuro-pulmonar desde 1959 hasta el presente año, en el Dispensario N° 1 de Liga Ecuatoriana Antituberculosa de Quito y en el Servicio de Neumología del Departamento Médico del Seguro Social. No se incluyen 12 casos observados en el mismo lapso, en quienes se constató elevación del hemidiafragma derecho, tos y dolor en hipocondrio derecho pero no había compromiso pleural o pulmonar ni clí-

nica, ni radiológicamente. Estos casos los hemos rotulado como hepatitis amebiana. Un caso fue diagnosticado retrospectivamente; presentaba sólo lesiones residuales en base derecha, había sido tratado en la Clínica del Seguro Social de Quito; por lo demás, transcurrió asintomático por 5 años.

Por cuanto la verificación de la E. histolítica en esputo y otros materiales obtenidos por punción fue siempre negativa, el diagnóstico se hizo por exclusión de otras neumopatías especialmente tuberculosis y paragonimiasis y por la prueba terapéutica con la emetina.

RESULTADOS

A. Datos epidemiológicos

Todos fueron hombres cuya edad osciló entre los 21 y 57 años. La mayoría se encontraba entre la tercera y cuarta décadas (Tabla I). Ocho pacientes residían en la ciudad, cuatro en la costa y los demás en varias poblaciones de la sierra.

TABLA I

DISTRIBUCION POR EDADES DE 19 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE AMEBIASIS PLEURO-PULMONAR

EDAD (AÑOS)	Nº	%
20—30	5	26,3
31—40	4	21,2
41—50	6	31,3
51—60	4	21,2
T O T A L	19	100

La ocupación correspondió al tipo artesanal: carpinteros mecánicos, tractoristas y pequeños comerciantes. No se encontró entre los pacientes jornaleros, oficinistas o profesionales liberales.

B. Manifestaciones clínicas

1.—*Duración de la enfermedad:* Varió desde una semana hasta seis meses (Tabla II). La mayoría de los pacientes habían estado enfermos entre uno y tres meses. Los casos que habían soportado por más tiempo la enfermedad habían sido tratados por tuberculosis, bronquiectasias, bronquitis crónica, colecistitis, neumonía, moniliasis, etc.

TABLA II

DURACION DESDE EL COMIENZO DE LA ENFERMEDAD

MESES	Nº DE CASOS
Menos de un mes	3
1 a 3 meses	9
3 a 6 meses	7
T O T A L	19

2.—*Síntomas respiratorios:* Tos y expectoración hemoptoica presentaron todos los pacientes. Esputo achocolatado se constató sólo en tres.

Hemoptisis.— En cantidad variable presentaron 7 pacientes. Un paciente dijo haber expulsado aproximadamente 800 cc en una sola vez.

Las hemoptisis de pequeña cantidad se presentaron en forma repetida.

Dolor del tórax.— Fue un síntoma constante en todos los pacientes. El dolor era en base derecha y muchas veces irradiado a hombro del mismo lado. Parece que el dolor se había atenuado en algunos pacientes con la aparición de la tos y expectoración hemoptoica.

Disnea.— No fue un síntoma llamativo; era de poca intensidad.

TABLA III

SIGNOS GENERALES

SIGNO	Nº de casos
Fiebre (antecedentes)	19
Pérdida de peso	14
Sudores nocturnos	7

3.—*Síntomas generales:* Estuvieron presentes en todos los 19 pacientes uno o varios de los siguientes síntomas generales: fiebre, malestar, anorexia, pérdida de peso, sudores nocturnos. Los síntomas generales no fueron muy severos con excepción de tres casos (Tabla III).

La sintomatología respiratoria se resume en la Tabla IV).

C. Examen físico

El estado general se lo calificó de satisfactorio en 15 casos. Los cuatro restantes presentaban manifestaciones de estar crónicamente enfermos con debilidad general, palidez y enflaquecimiento.

TABLA IV

SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA

SINTOMATOLOGIA	Nº de casos	%
Tos con expectoración hemoptoica	19	100
Espujo achocolatado	3	10
Hemoptisis (cantidades variables)	7	37
Dolor en base derecha	19	100

Al examen del tórax se constató rales húmedos en 8 casos. Signos de condensación y/o ocupación pleural con matités o disminución del murmullo vesicular en 11 casos. Abolición completa del murmullo vesicular en 4 casos, con marcada disminución de la expansibilidad del hemitórax derecho. (Tabla V).

TABLA V

EXAMEN FISICO

SIGNO	Nº de casos
Fiebre objetiva	5
Rales húmedos	8
Disminución del murmullo vesicular en base derecha	11
Abolición del murmullo vesicular	4
Hígado agrandado y doloroso	19
Límite hépato-pulmonar elevado	19

El hígado estuvo agrandado y doloroso en la totalidad de los casos. El límite hépato-pulmonar en el tórax anterior se encontró igualmente elevado.

D. Exámenes de laboratorio

Lo más llamativo fue la leucocitosis

con neutrofilia, que se constató en 15 pacientes. La cifra de leucocitos varió entre 10.000 por milímetro cúbico hasta 28.400. Neutrofilia verdadera en 9 casos. No se observó eosinofilia.

TABLA VI

SANGRE - LABORATORIO

RESULTADO DEL EXAMEN	Nº de casos
Leucocitosis	15
Neutrofilia absoluta	9
Eritrosedimentación elevada	14

La velocidad de la sedimentación de los hematíes estuvo elevada en 16 de los 19 casos; ésta iba descendiendo a medida que continuaba el tratamiento; igual se observó con la leucocitosis.

Las cifras de eritrocitos por milímetro cúbico y la hemoglobina estuvieron ligeramente disminuídas en la mayoría de los casos. Sólo en tres pacientes se encontró anemia importante.

Otros exámenes: Se investigó la presencia de *E. histolítica*, con resultados negativos, en los siguientes materiales: esputo, 8 pacientes; líquido de punción hepática, 4; líquido pleural, 1. La investigación del parásito en heces se realizó en 5 pacientes, habiéndose encontrado resultado positivo en dos. La baciloscopia investigada en 13 pacientes, resultó ser positiva en uno. En este enfermo se constató la coexistencia de las dos enfermedades.

Para descartar paragonimiasis pulmonar se investigó los huevos de *Paragonimus westermani* en el esputo de los cuatro pacientes provenientes de la

costa ecuatoriana, con resultado negativo.

Examen radiológico: La radiografía estandar del tórax mostró borramiento total o parcial del hemidiafragma derecho e infiltración neumónica de extensión variable en todos los casos (Tabla VII). Cuando se visualizaba parcialmente el hemidiafragma derecho, éste se presentaba elevado estableciéndose un claro contraste con el hemidiafragma izquierdo. La fluoroscopia realizada en algunos pacientes evidenció in-

TABLA VII
EXAMEN RADIOLOGICO

IMAGEN RADIOLOGICA	Nº de casos
Infiltración base derecha	19
Borramiento diafragma derecho	19
Signos de derrame	5
Abscesos con nivel líquido	2
Atelectasia lobular	3

movilidad del hemidiafragma derecho o movimiento disminuído y paradojal. Signos de derrame pleural, se encontraron en cinco casos. En dos casos se pudo apreciar una imagen excavada con nivel líquido de 2 a 3 cm. de diámetro.

En algunos casos se visualizó sombra de atelectasia en los segmentos inferiores del lóbulo inferior. El hilio derecho aumentado se observó en pocos pacientes.

Evolución y tratamiento: Todos los pacientes recibieron emetina clorhidrato a la dosis de 1 mg por kilo de peso y por día, por vía I. M., acompañada de

100 mg. de tiamina, por un lapso de 8 a 10 días. En siete pacientes fue necesario repetir la serie luego de tres a cuatro semanas. En los intervalos se administró cloroquina fosfato, en las dosis habituales. En un paciente que reapareció la sintomatología luego de tres meses de haber estado asintomático se administró una tercera serie de emetina. Esta droga también se utilizó localmente en los casos de absceso hepático puncionado; en general, fue bien tolerada.

Se controló a los pacientes por tiempos variables: desde una semana hasta cinco años. No se registró fallecimiento alguno. Once pacientes curaron clínica y radiológicamente. En otros seis, desapareció la sintomatología y se notó una reabsorción marcada de las lesiones pleuropulmonares antes descritas.

Estos pacientes que residían en áreas rurales, recibieron indicaciones para la continuación del tratamiento, pero no fue posible efectuar en ellos, posteriormente, otros controles clínicos.

Recidivas: Se presentó en un paciente que se atribuyó a insuficiencia de dosis. Este curó en la tercera dosis administrada.

Condiciones asociadas: Dos casos presentaron signos de tuberculosis pulmonar activa. El uno se curó de ambas enfermedades. El otro cronificó la tuberculosis que la sufre hasta la presente fecha, pero curó de la lesión amebiana.

Un paciente había sido intervenido quirúrgicamente de una úlcera gastroduodenal y en la convalecencia presentó un cuadro sospechoso de amebia-

sis pleuro-pulmonar. Se le trató con emetina y luego de pocos días fue dado de alta en buenas condiciones.

Otro enfermo presentó una infiltración pulmonar difusa bilateral, además del cuadro basal derecho, hígado agrandado, tos y expectoración hemoptoica. Con la emetina desaparecieron los síntomas y los signos radiológicos de base derecha, pero, persistió la infiltración pulmonar difusa cuya etiología no fue posible aclarar.

DISCUSION

La casuística encontrada en un solo servicio de la ciudad de Quito (40 en total) permite asegurar que este proceso pulmonar no es infrecuente. Si bien la amebiasis pleuro-pulmonar se confunde con otras neumopatías por la similitud de sus manifestaciones clínicas y radiológicas, el médico debe pensar en esta posibilidad en pacientes con hemoptisis y expectoraciones hemoptoicas si se acompaña de hepatomegalia y patología pulmonar de base derecha. Un ensayo terapéutico con emetina en estos casos puede ser de suma utilidad.

El cuadro clínico de los casos relatados es fundamentalmente similar al encontrado por otros autores en otras latitudes⁵⁻⁶⁻⁷ y para el diagnóstico definitivo no es indispensable la identificación de la ameba en el esputo o en otras secreciones que, por otro lado, es un hallazgo de excepción.

Tos y expectoración hemoptoica se presenta también en la paragonimiasis pulmonar que es endémica en la costa

ecuatoriana, pero puede diferenciarse por la ausencia de patología hepática y por la respuesta pobre o nula a la administración de la emetina¹⁰.

Llama la atención la prevalencia en el sexo masculino y la ausencia en la infancia, sin que tengamos hasta el momento ninguna explicación. En cambio, se concibe fácilmente que esta condición no se encuentre entre oficinistas y profesionales liberales en razón de sus mejores condiciones higiénico-dietéticas.

En los casos de larga evolución no se ha observado generalización de la enfermedad ni diseminación al otro pulmón, lo que se explicaría por la tendencia del organismo a localizar la enfermedad, ya que la vía circulatoria no es la que siguen estos parásitos.

La posibilidad de la asociación de la amebiasis pleuro-pulmonar con otras neumopatías, especialmente tuberculosis, puede ocurrir conforme la hemos encontrado nosotros.

RESUMEN

Complementariamente a una revisión anterior sobre amebiasis hepato-pulmonar, se presentan 19 casos y más de amebiasis pleuro-pulmonar diagnosticados en el Dispensario N° 1 de Liga Ecuatoriana Antituberculosa de Quito, en los últimos 9 años.

El cuadro clínico se caracterizó por tos y expectoración hemoptoica y/o hemoptisis, hepatomegalia dolorosa, elevación y borramiento del hemidiafragma derecho e infiltración neumónica del mismo lado.

Como la identificación del agente etiológico es muy difícil, la prueba terapéutica con emetina sigue siendo el mejor método de confirmación diagnóstica.

Se anota como hecho importante la prevalencia en el sexo masculino y la ausencia en la infancia, sin que dispongamos hasta la presente de una explicación satisfactoria.

Se insiste en la importancia práctica de pensar en la etiología amebiana en los procesos pulmonares de base derecha en los que concurren algunos de los otros factores antes anotados.

Hasta el presente año se han recopilado 40 casos, en total, en dos servicios de Neumología de esta ciudad.

SUMMARY

Complementing a previous report on hepatopulmonary amebiasis, 19 cases of pleuropulmonary amebiasis are presented, which have been diagnosed

over the last nine years at the Dispensary N° 1 of the Ecuadorean Antituberculosis League of Quito.

The clinical picture was characterized by coughing, expectoration and/or hemoptysis and tender hepatomegaly. Radiologically, an elevation of the right hemidiaphragm and a pneumonic-like infiltration of the lung of the same side was found.

Because the identification of the etiological agent is difficult, a therapeutic trial with Emetine is the most important procedure to confirm the diagnosis. Attention is called to the prevalence of this problem in males and children but the reason for this is not known. Also the possibility of amebic complication in processes that affect the right base of the lung when accompanied with the described symptomatology should be considered likely to occur. Up to the present time 40 cases have been found in the two chest centers of this city.

RESUMEN

Complementariamente a un reporte anterior sobre amebiasis hepatopulmonar, se presentan 19 casos de amebiasis pleuro-pulmonar diagnosticados en el Dispensario N° 1 de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa de Quito en los últimos 9 años. El cuadro clínico se caracteriza por tos y expectoración hemoptoica y/o hepatoesplenomegalia dolorosa, fiebre y portamanto del hemidiagrama de la base derecha e infiltración neumónica del mismo lado.

El cuadro clínico de los casos referidos es fundamentalmente similar al encontrado por otros autores en otras latitudes y para el diagnóstico definitivo no es indispensable la identificación de la ameba en el esputo o en otras secreciones que, por otro lado, es un hallazgo de excepción. Los y expectoración hemoptoica se presenta también en la amebiasis pulmonar que es endémica en la costa