

LA RECTOSCOPIA EN LA AMEBIASIS DEL NIÑO (*)

Por el Dr. CARLOS TREUER

Hospital Clínico de Concepción. Sección Pediatría. Jefe: Dr. Raúl Ortega.

A base del estudio de 54 casos observados en el Servicio de Pediatría del Hospital Clínico de Concepción, Ortega y Suárez han podido evidenciar que las manifestaciones clínicas, de síndrome disentérico y las de alternativas de diarreas y relativo bienestar, hacen muy probable el diagnóstico de disenteria amebiana; tan probable, que más o menos en el 90 % de las deposiciones de tales casos se comprobó la presencia de la ameba histolítica.

Rectosigmoidoscopia: En el curso de esta investigación nos correspondió practicar la observación endoscópica del recto y sigmoide con el objeto de precisar su valor como método de diagnóstico y, eventualmente como ayuda en la conducción de la terapéutica.

Practicamos la rectosigmoidoscopia de acuerdo con la técnica clásica, sin exigir posiciones de preferencia, con o sin enema previo de limpieza, según el síndrome presente y, por lo general, bajo la acción de una ligera sedación con barbitúricos.

No hemos encontrado verdaderas contraindicaciones para la práctica de este examen, pero hemos preferido diferirlo por algunos días cada vez que el niño se encontraba en estado de gravedad, para no darle nuevas molestias, y cuando estaba presente un intenso síndrome disentérico, toda vez que, en estos casos, la introducción del instrumento agrava el pujo y la mucosa sangra más o menos abundantemente, lo cual es desagradable para el niño.

Material de enfermos: Aquí nos referimos a los mismos 54 casos presentados por Ortega y Suárez. En dos de estos niños no se practicó rectoscopia y en cinco el examen parasitológico fué repetidamente negativo, a pesar de que la clínica y la endoscopia hablaban indudablemente en favor de la etiología amebiana. En 5 lactantes existía, además de la amebiana, otra forma de infección entérica: 2 salmonellosis por salmonela no tipificada, 2 tifoideas y 1 Shigellosis.

Cuadro N° 1

Aspecto endoscópico del rectosigmoide en 54 niños calificados como amebianos.

| Tipo | Nº de casos | % |
|--------------|-------------|------|
| Amebiano | 41 | 75,9 |
| Bacilar | 3 | 5,5 |
| Inespecífico | 3 | 5,5 |
| Normal | 5 | 9,2 |
| No estudiado | 2 | 3,7 |
| Total | 54 | 99,8 |

Hallazgos endoscópicos: En el cuadro N° 1 se resumen los hallazgos encontrados por endoscopia. El "rendimiento" diagnóstico aparece bastante elevado, puesto que alcanza a cerca de 76 %, cifra que podría ser objetada solamente en el sentido de que en ella están incluidos, como amebianos, 5 casos en que el diagnóstico se fundamentó, como se ha dicho, sólo por la clínica y endoscopia, en ausencia de parásitos; pero aun restados estos casos, el porcentaje es alto y justi-

(*) Presentado a la Sociedad de Pediatría de Concepción. Sesión del 24 de julio de 1951.

fica ampliamente este examen sencillo como método de diagnóstico, a veces complementario y casi siempre orientador.

En 3 casos se encontró un aspecto de inflamación bacilar; correspondieron precisamente a algunos de aquéllos en que coexistía otra infección entérica.

Tres casos mostraban una inflamación de tipo inespecífico, 5 no presentaban alteraciones y 2 no fueron explorados endoscópicamente.

Con lo expuesto se ve que es poco probable encontrar porcentajes más altos de positividad por este medio. Muchos son los casos en que la ameba ataca porciones más altas del intestino, respetando las más bajas. Por otro lado, la presencia, no rara, de otras infecciones, deforma la imagen rectoscópica, en el sentido de darle predominio a las lesiones correspondientes a ese tipo de infección asociada. Apenas necesita decirse que las posibles combinaciones, ya al comienzo de la enfermedad como en el curso del tratamiento o de la evolución espontánea, pueden ser numerosas.

Evolución de las lesiones del rectosigmoide.

De los 54 casos, 10 fueron dados de alta prematuramente por varias razones, 5 habían sido diagnosticados como amebianos en vista del examen clínico y rectoscópico solamente, 3 fallecieron durante la enfermedad. Quedan así 36 casos, en los que pudo observarse por un plazo adecuado la evolución paralela del tipo de deposiciones, el hallazgo parasitológico suficientemente repetido y las endoscopías necesarias para el control del tratamiento.

De estos 36 casos, hubo 26 en los que el primer signo de curación fué la desaparición de la ameba de las deposiciones; en sólo 6 fué la corrección de la imagen rectoscópica la primera manifestación de este tipo y en 4, la modificación del carácter de las deposiciones. Mirado desde otro punto de vista, lo último en normalizarse fué la endoscopia, en 19 ca-

sos, y el carácter de las deposiciones, en 14 niños, en tanto que hubo sólo 3 enfermitos en cuyas deposiciones se encontrara amebas, después de haberse normalizado las deposiciones y la rectoscopia.

En líneas generales, y dicho de otro modo: bajo la acción del tratamiento lo primero en corregirse es la parasitología y lo último la coprología clínica y, especialmente, la anatomía evidenciada por el rectoscopio. Parece bien lógico que los casos ocurren en ese orden, puesto que sucede también en tantas otras afecciones: eliminación del agente, corrección clínica, restitución anatómica.

Esta conclusión, por otra parte, concede a la rectosigmoidoscopia un nuevo valor que va más allá de sus calidades diagnósticas, ya que da a entender que no deben considerarse curados los casos en que esta normalización aun no se ha presentado.

Resumen.

La rectosigmoidoscopia en niños afectados de disentería amebiana es un excelente medio complementario de diagnóstico.

En la evolución de las diarreas amebianas del niño, lo primero en normalizarse, bajo la acción del tratamiento, es la parasitología de las deposiciones; lo último, el carácter de éstas y la imagen rectoscópica. De este modo, la endoscopia es, en cierto modo, el método más seguro para indicar el momento en que puede considerarse al enfermo como curado.

Summary.

Rectosigmoidoscopy proved to be an excellent complementary method of diagnosis in children suffering from amoebic dysentery.

Under treatment first evidence of cure is the disappearance of parasites from the stools; last the normalization of stools and specially of the mucosa of rectosigmoides as seen with the rectoscope. Thus endoscopy is in a certain mode the best way to pronounce the disease cured or still active.