

REPUBLICA DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD NACIONAL — FACULTAD DE MEDICINA

JULIO VELEZ MARQUEZ

LAMBLIASIS EN LA PRACTICA MEDICA

TRABAJO PARA TESIS DE GRADÓ
EN MEDICINA Y CIRUGIA

MCMXLV

Publicaciones del Departamento de Investigaciones
del LABORATORIO CUP de Bogotá — Colombia

EDITORIAL CROMOS — BOGOTA

TESIS
#78
1979

No. 13 T. 78/79.

REPUBLICA DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD NACIONAL — FACULTAD DE MEDICINA

JULIO VELEZ MARQUEZ

LAMBLIASIS
EN LA PRACTICA MEDICA

TRABAJO PARA TESIS DE GRADO
EN MEDICINA Y CIRUGIA

MCMXLV

Publicaciones del Departamento de Investigaciones
del LABORATORIO CUP de Bogotá — Colombia

EDITORIAL CROMOS — BOGOTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
UNIVERSIDAD NACIONAL — FACULTAD DE MEDICINA

DECANO DE LA FACULTAD

Profesor DARIO CADENA
(Anatomía Primera).

PRESIDENTE DE TESIS

Profesor ALFONSO URIBE URIBE
(Clínica Médica).

CONSEJO DE JUECES DE TESIS

Profesor Agr. R. MARTIN RODRIGUEZ
(Patología Médica).

Profesor Agr. SANTIAGO TRIANA CORTES
(Técnica Quirúrgica).

Profesor LUIS PATIÑO CAMARGO
(Clínica Tropical).

CONSEJO DE EXAMINADORES

Profesor LUIS PATIÑO CAMARGO
(Clínica Tropical).

Profesor Agr. JORGE HELO
(Parasitología).

Profesor Agr. CARLOS MARQUEZ VILLEGAS
(Anatomía Segunda).

EL SECRETARIO DE LA FACULTAD

Profesor Agr. JORGE HELO
(Parasitología).

ACTA DEL JURADO DE TESIS

No. 55.

En el Salón del Decanato y previa citación de la Secretaría, se constituyeron en sesión los suscritos con el fin de rendir informe sobre la Tesis titulada "LAMBLIASIS EN LA PRACTICA MEDICA" presentada por el alumno señor don JULIO VELEZ MARQUEZ.

Hecha la deliberación el Jurado resolvió en votación secreta ACEPTARLA.

En fé de lo cual se firma la presente acta a 5 de septiembre de 1945.

El Decano de la Facultad,

(Fdo.). DARIO CADENA C.

El presidente de Tesis,

(Fdo.). ALFONSO URIBE URIBE.

El Juez de Tesis,

(Fdo.). R. MARTIN RODRIGUEZ.

El Juez de Tesis,

(Fdo.). SANTIAGO TRIANA CORTES.

El Profesor de la materia,

(Fdo.). LUIS PATIÑO CAMARGO.

Es copia,

JORGE E. HELO,
Secretario.

ACTA DEL JURADO DE TESIS

No. 53

En el Salón del Decanato y previa elección de la Secretaría, se constituyeron en sesión los suscritos con el fin de ver-
du informe sobre la Tesis titulada "LAMBLLASIS EN LA
PRACTICA MEDICA", presentada por el alumno señor don
JULIO VELAZ MARQUEZ.

ARTICULO 427 DEL REGLAMENTO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE BOGOTA:

"El Presidente de Tesis, el Consejo de Jueces
y el Consejo de Examinadores no son respon-
sables de las ideas emitidas por el candidato".

(Fdo.) DARIO GADENA C.

El presidente de Tesis,

(Fdo.) ALFONSO URIBE URIBE

El Juez de Tesis,

(Fdo.) R. MARTIN RODRIGUEZ

El Juez de Tesis,

(Fdo.) SANTIAGO TRIANA CORTES

El Profesor de la materia,

(Fdo.) LUIS PATINO CAMARGO

As copia

JOSHE F. HELO

Secretario

TITULOS

Laboratorista de la Unidad Sanitaria del Líbano 1940.

Practicante Externo, por concurso, de la Clínica Tropical del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, Servicio del Profesor Sarmiento. 1941.

Médico Legista de la Zona de El Líbano (T) 1943 — 1944 — 1945.

Médico-Profesor del "Instituto Líbano" para señoritas. 1943 — 1945.

Médico de la Consulta Externa del Hospital "San José" de El Líbano (T).
1944 — 1945.

Jefe del Laboratorio del Hospital "San José" de El Líbano (T). 1943 —
1944 — 1945.

Médico de la Escuela de Artes y Oficios de El Líbano (T). 1944 — 1945.

NOTA PRELIMINAR

Se ha parecido oportuno que al fin es cierto que en las zonas rurales médicas se acepta ya la capacidad patológica de las Lumbrias o Lambillas Dactiloides, hay todavía un buen número de médicos prácticos, diseminados en los pueblos del país, que se manifiestan reacios para aceptar lo que se considera actualmente un hecho científico. En consecuencia, se cree que la actividad patológica de este parásito es apenas insuficiente y secundario.

En la práctica, el diagnóstico de esta enfermedad resulta difícil. Por lo tanto, se ha querido hacer algunas aclaraciones sobre un tema que es de interés para muchos puntos de vista.

El parásito que se aparta un poco de la norma para observar sus cambios a guisa de un modelo, que es el modelo, que en otros casos se encuentra en algunas zonas de la zona de las Lumbrias cuando se trata de aclarar la etiología de los estados agudos. Y, en otros casos, se propone de vez en cuando a los médicos prácticos, a los que se les ha mencionado en el presente trabajo, a guisa de un modelo para el diagnóstico.

Muchas de las observaciones de nuestra casuística, que se refieren a una pequeña experiencia de dos años en un medio rural, en donde este parásito abunda, nos han permitido apreciar de cerca cómo se manifiesta y de qué manera en las Lumbrias cuando se trata de aclarar la etiología de los estados agudos. Y, en otros casos, se propone de vez en cuando a los médicos prácticos, a los que se les ha mencionado en el presente trabajo, a guisa de un modelo para el diagnóstico.

Frente a nuestras observaciones —muy escasas por cierto— hemos optado, pues, por participar de las ideas de los tratadistas y médicos que conciben un papel patológico a este parásito. No solamente en la determinación más concreta sino la más conducente, porque la doctrina de la virulencia de las Lumbrias —muy discutida en todo el mundo— se ha impuesto ya, a juzgar por la bibliografía que sobre este tema nos ha de-

*A mi madre
a mi esposa.*

NOTA PRELIMINAR

Nos ha parecido apreciar que, si bien es cierto que en las altas esferas médicas se acepta ya la capacidad patógena de las *Giardias* o *Lamblias Intestinales*, hay todavía un buen número de médicos prácticos, diseminados en los pueblos del país, que se manifiestan reacios para aceptar lo que se considera actualmente un hecho cumplido. Si acaso, creen que la actividad patógena de este parásito es apenas adyuvante y secundaria.

En la práctica diaria, tal criterio, además de errado, resulta peligroso. Por eso nos ha parecido oportuno y prudente hacer algunas anotaciones sobre un tema que es interesante desde muchos puntos de vista.

El práctico que se aparte un poco de la rutina diaria para observar con cuidado algunos de sus casos, encuentra lo que nosotros: que en muchos síndromos digestivos persisten algunos síntomas, o todos ellos, cuando ya creíamos haber eliminado las causas que, a nuestro juicio, explicaban tal o cual cuadro clínico.

Muchas de las observaciones de nuestra casuística, que se refieren a una pequeña experiencia de dos años en un medio provinciano en donde este flagelado abunda, nos han permitido apreciar de cerca cómo es de importante y de útil pensar en las *Lamblias* cuando se trata de aclarar la intrincada etiología de los estados digestivos. Y, de esta manera, hemos formado el propósito de condensar nuestras experiencias al respecto en este trabajo, encaminado a servir, únicamente, a los fines reglamentarios del grado, si es que llega a reunir los requisitos exigidos para tal fin.

Frente a nuestras observaciones —muy escasas por cierto— hemos optado, pues, por participar de las ideas de los tratadistas y médicos que conceden un papel patógeno a este protozoo. No solamente era la determinación más cómoda sino la más conducente; porque la doctrina de la virulencia de las *Lamblias* —muy discutida en todo el mundo— se ha impuesto ya, a juzgar por la bibliografía que sobre este tema nos fue da-

do consultar, impresionados por lo que el ejercicio de la medicina nos estaba mostrando.

Otras razones sobresalientes que nos movieron a la escogencia de este tema para el trabajo de tesis de grado, son las siguientes: Por lo que a nuestra información se refiere, parece que la Giardiasis es un parasitismo muy extendido en el país. Las manifestaciones de la enfermedad se confunden fácilmente con las de otros estados de infestación parasitaria o con síntomas dispépticos; el sólo hecho de pensar en esta posibilidad rinde invaluable servicios al práctico, le simplifica su tarea enormemente y le hace obtener brillantes triunfos terapéuticos, no por fáciles menos satisfactorios para él y sus pacientes. Algunas veces, además, como se verá en el curso de este trabajo, la presencia de *Giardias* en el organismo del enfermo da la clave para resolver problemas de Medicina Interna o de Patología Quirúrgica que eran, hasta entonces, insolubles y parecían muy intrincados siendo, en realidad, muy simples.

Pos estos motivos principales el estudio de la enfermedad producida por *Giardias* es importante. Los médicos prácticos deben interesarse más por él y conocerlo más a fondo.

Que sea esta la oportunidad de testimoniar nuestro agradecimiento al Profesor Alfonso Uribe por aceptar la presidencia de esta tesis y por habernos permitido explotar alguna observación suya hecha en su clientela particular. También estamos muy obligados con el doctor Arturo Durán, Director del Hospital "San José" del Líbano, en donde se hizo la mayor parte de este trabajo, y con los doctores J. M. Estrada y Alejandro Bernal Jiménez, quienes, en distintas formas, nos prestaron su valiosa cooperación. Igualmente, los señores Gustavo Angel V. y Alfonso Jaramillo S., estudiantes de nuestra Facultad de Bogotá, contribuyeron muy galantemente, en diversas maneras, a la realización de este trabajo.

Finalmente, hemos de hacer constar que este trabajo fue impreso por la obligante deferencia del Departamento de Investigaciones del Laboratorio "Cup" de Bogotá; para la Casa "Cup" van nuestros más rendidos agradecimientos.

GENERALIDADES

La *Giardia* (*Lamblia*) *Intestinalis* es un parásito cosmopolita. Hoy día se citan casos de *Giardiasis* en todas partes del mundo. Sin embargo, parece que este flagelado abunda más en la zona intertropical, en que hay, consecuentemente, mayor incidencia de casos. Esta es la causa para que la dolencia se haya considerado como una enfermedad tropical.

Es un protozoario flagelado de la familia de los Octomítidos, descubierto por LAMBL en 1859 (1) pero quizás observado ya, en 1681, por LEEUWENHOEK. Del primero de éstos a nuestros días, ha sido estudiado por muchos otros observadores.

El animal se presenta bajo dos formas distintas (1, 2, 3): el trofozoito o forma activa, poco resistente fuera de los organismos huéspedes, que es un pequeño protozoo flagelado, piriforme; y el quiste o forma especial de resistencia, mejor dotado para luchar contra las injurias externas. La primera es la forma patógena, la causante de los trastornos a que vamos a referirnos adelante. La segunda goza del importantísimo privilegio de transmitir la enfermedad y de conservar la especie. En el agua, o en medios de humedad y temperatura adecuadas el quiste conserva su vitalidad por algunos meses (3); la de las formas vegetativas, en cambio, parece ser muy restringida por fuera del organismo hospedador y está subordinada primeramente a la humedad, temperatura, fluidez y PH del medio en que se hallen. En heces líquidas, de reacción alcalina, cuando la temperatura ambiente pasaba de los 20 C., nosotros hemos podido ver que los trofozoitos conservaban sus movimientos por sólo un poco tiempo (escasamente dos horas) después de haber sido emitidos por pacientes diarreicos o extraídos del duodeno con el tubo de EINHORN en medio de un líquido rico en bilis. La labilidad de las *Lamblias* activas es tal que hasta el presente no han podido cultivarse. Hemos asistido, sorprendidos, al curioso fenómeno del desvanecimiento o desaparición de los trofozoitos, anotado por MARTIN (3): muchas veces, el

observador de una preparación fresca es sorprendido por una verdadera desaparición del parásito, ante sus ojos, hecho muy curioso que no ha sido explicado aún satisfactoriamente. Parece que los trofozoitos se disolvieran, merced a un proceso digestivo. De lo cual surge la necesidad de examinar los restos estercoreales lo más aprisa posible después de su emisión. Las verdaderas formas de resistencia, son, pues, los quistes, dotados como están para afrontar con mucho éxito los embates destructores de los medios hostiles. BOECK halló, en 1921, que estos quistes sólo mueren a una temperatura de 64 C. (1, 4).

Estas peculiaridades del hábitat de las *Giardias* explican el motivo para que el sitio de predilección de su acantonamiento en el organismo humano sea el intestino delgado, sobre todo el duodeno. Allí la fluidez y la alcalinidad de las materias suministran un medio el más adecuado para la existencia y la proliferación del animal. Desde allí las *Lamblias* hacen incursiones al árbol biliar y al resto del intestino delgado. El grueso sería el albergue habitual de los quistes.

El ciclo vital del parásito ha sido esquematizado como sigue (3): En el colon la *Giardia* se enquistas; los quistes pasan al exterior, con los desechos fecales, y van así a contaminar las aguas, las tierras y diversos alimentos y objetos; ocasionalmente son tragados por un sujeto. Los jugos digestivos disuelven las cubiertas y las *Giardias* quedan libres, en estado vegetativo; los trofozoitos, entonces, se dirigen al epitelio duodenal, al cual se adhieren por medio de la ventosa que tienen en la extremidad de la cara ventral. Muchos de estos parásitos son arrastrados por la corriente intestinal a lo largo del yeyuno-íleon, hacia el colon, donde sufren la transformación quística, nuevamente, con lo cual empieza otra vez el ciclo evolutivo (3,5).

En cuanto a la reproducción del parásito, parece que juegan papel ambas formas en que se presenta:

Las formas vegetativas se reproducen por simple fisión binaria o escisiparidad (1, 3, 5, 6); en cuanto a los quistes, se efectúan algunos cambios complicados en su interior, que dan por resultado, a la postre, la aparición de dos individuos nuevos (6); pero también otros autores hablan de autogamia, de acoplamiento de dos individuos dentro del quiste y aún de simple división longitudinal (3).

La propagación de los parásitos se hace por medio de los quistes; de hombre a hombre, partiendo de los enfermos o de los portadores sin manifestaciones clínicas de la enfermedad. Los eslabones intermedios de la cadena de contaminación son

varios: objetos y alimentos crudos que vehiculan los quistes; aguas, tierras y polvos quistíferos; algunos animales han sido sindicados como trasportadores de las formas de propagación del parásito, especialmente las moscas, los gatos y las ratas y ratones. Existe también la autocontaminación en las personas que tienen malos hábitos higiénicos y en los niños especialmente.

Parece sumamente posible que las *Giardias* que parasitan algunos animales (*Giardia Muris*, por ejemplo) sean de una especie vecina de la *Giardia Intestinalis* del hombre; de donde se sospecha que se puedan adaptar al tubo digestivo humano. Tal vez algunos experimentos encaminados a probar esta hipótesis hayan dado resultado (7). Algunos autores tienen por seguro que entre los principales agentes de trasmisión del parásito figuran muchos animales que viven con el hombre (gatos y ratas especialmente), y esto explicaría la elevada proporción de niños enfermos de *Giardiasis* (3).

Existiendo en esta localidad del Líbano una extraordinaria cantidad de cucarachas, y siendo estos repugnantes animales asiduos merodeadores de la vivienda humana, en la cual frecuentan, sobre todo, los lugares destinados a guardar los víveres, nos ha parecido muy posible que ellos jueguen un papel muy importante en la trasmisión, no sólo de la *Giardia*, sino de otros parásitos intestinales, todos muy abundantes en la región (nuestros apuntes personales dan la altísima cifra de 96,7% para el parasitismo intestinal en su conjunto). Al efecto, hemos practicado una pequeña encuesta examinando al microscopio el contenido intestinal de 50 cucarachas cazadas en distintos sitios de la localidad. Sólo hallamos tres veces huevos de *Ascaris L.*, cinco, huevos de *Tricocéfalos*, una vez quistes de *Entamoeba Coli* y dos veces quistes de *Giardi Lamblia*. BELTRAN examinó 512 moscas procedentes de cuatro sitios distintos de Ciudad de México (8); en cada lote resultaron moscas contaminadas con quistes de protozoos intestinales del hombre, entre ellos quistes de *Giardia Intestinalis*.

RESUMEN:

Se da un vistazo general a la morfología y hábitat de la *Giardia (Lamblia) Intestinalis*; se pasan en revista los medios más frecuentes de su propagación y se indica a la cucaracha o blata de ser un nuevo agente propagador de los quistes en la vivienda humana.

II

FRECUENCIA DEL PARASITISMO

Consultando algunas de las estadísticas publicadas en varios libros y revistas, referentes a zonas geográficas bien distintas, se llega a la conclusión de que las *Lamblias* son muy abundantes, prácticamente en todo el mundo.

Los siguientes investigadores, citados por STITT (9), consignan las cifras que se ponen al frente de cada nombre:

Stiles, en Washington, encontró parasitados 13% de los muchachos y 8% de las muchachas.

Kofoid halló 5,7% en soldados y 22% en civiles.

Wenyon y O'Connor, trabajando en Egipto, hallaron 16%.

Jepps 13,2% en los soldados ingleses.

Mathews y Smith 16,4% también en soldados.

Meleney, Bishop y Leathers 14,7% en Tennessee.

Faust y Headlee 16,6% en Louisiana.

El Profesor BRUMPT (1) consigna los siguientes datos sobre la frecuencia del parásito:

M. Simon, entre los adultos de Renania, halló 9,7%; en los niños 27,4%.

Goodey y Coll en Inglaterra, desde 3,9% hasta 39,8%.

Mathis, en Anam, 5%.

Rangel Pastana 3,8% en Sao Pablo (Brasil).

Kessel y Svensson 10% en Pekín.

Kofoid y Swezy 6% en Estados Unidos.

Pringault 2,96% en Marsella (Francia).

Bidegaray y Poublan, en París, 10,3%.

Bijlsma y Kredict, en Holanda, de 7,5% a 15%.

H. H. Scott, en Jamaica, 35,29%.

Jausion y Dekester 4% en Marruecos Oriental.

Boney, Crossmann y Boulanger 9,9% en Mesopotamia.

Dobell y Stevenson 17,67% en el Cercano Oriente.

Maplestone 11,8% en Quensland del Norte.

MANSON-BAHR (6) sostiene que los quistes "se encuentran generalmente en los excrementos del 4-16% de los indí-

genas normales de los trópicos". Y agrega que "en los niños, la infección (sic) giardia es tres veces más común que en los adultos. En América el 48,1% de los niños de escuelas industriales".

En España, las cifras de frecuencia, consignadas por FERNANDEZ (10), son éstas:

Ortiz de Landázuri halló *Lamblias* en 11% de los niños.

Sanchís en 5,5% de los adultos.

Madinaveitia en 24% de los jugos duodenales examinados, lo que coincide con lo hallado por Batanero.

El mismo Fernández las halló en 5% de los adultos con diarrea, en 14% de los niños en iguales circunstancias y en 2% de los niños sanos.

Para la República de Chile hemos hallado los siguientes datos:

En el Servicio de Lactantes del Hospital Roberto del Río, de Santiago, COSTA (11) encuentra un índice de infestación de 17,1%. — Entre los niños sanos y normales del Hogar Baquedano de Santiago, Barroso, Costa y De la Maza, encontraron 13% de *Lamblias*. Y en más de mil enfermos examinados en el Hospital Roberto del Río, los mismos autores (12) hallaron un índice de 12,3%.

En Cuba, Calvo Fonseca, basado en un estudio hecho en más de 7.000 coproanálisis, encuentra una infestación de 6,13% (13).

En New Orleans, Faust encontró (Loc. Cit.) un coeficiente parasitario de 4,5% para *Giardia* en 202 autopsias hechas en casos de accidentes dentro de las primeras cuatro horas de la muerte.

En Guadalupe (Antillas), Monnet encontró *Lamblias* en 0,21% de los examinados y en 0,30% de los parasitados, en exámenes hechos en el Hospital du Camp-Jacob. (Loc. Cit.).

En 1.539 enfermos y manipuladores de alimentos observados en las clínicas de la Universidad de Chicago, Nutter, Rodaniche y Palmer encontraron *Giardia Lamblia* en 23 casos (1,5%). (Loc. Cit.).

En Costa Rica, Fermoselle y Brenes (14) en la localidad de Nicoya hallaron un índice de infestación *Lambliana* de 4,7% en una escuela.

Otra vez en New Orleans, King, Sanders y otros hicieron exámenes de heces en 3.290 casos tocológicos en blancas y hallaron 165 con *Lamblias* (5%) (Loc. Cit.).

En la Ciudad de México, Ramírez Ulloa (Loc. Cit.) halló en clientela particular, en 800 coproanálisis, 6% de *Giardias*.

En la República Argentina, Bacigalupo, en el Laboratorio Central del Ejército, halló 7,83% de Giardias en 6.218 muestras fecales (Loc. Cit.). Otros autores argentinos han encontrado índices desde el 5% al 30% (Loc. Cit.).

Ruíz Sánchez, en los alumnos de un hospicio de la ciudad de Guadalajara (México), halló 15% de Lamblias. (12).

En nuestro país se han hecho —que nosotros sepamos— pocos trabajos sobre el tema. Los datos que nos ha sido dado consultar expresan:

PELAEZ MEJIA (4) en 1.400 exámenes coprológicos hechos en el Hospital de la Misericordia de Bogotá (niños), halló 104 positivos para Lamblia, lo que arroja un porcentaje de 7,43% para niños de seis meses a doce años. Para los adultos halló en San Juan de Dios, sobre 2.400 coproanálisis, 62 casos, o sea un índice de infestación de 2,57%. En el total de exámenes, el índice de infestación lambliana en el medio hospitalario de Bogotá, sería de 4,37%.

GROOT halló en el Laboratorio Santiago Samper del Hospital de San Juan de Dios de Bogotá, sobre 7.860 casos, una frecuencia de 1,94% de Giardias con relación al total de casos y de 2,89% en relación con los casos positivos para toda clase de parásitos (15). Anota el autor que los casos de infestación parasitaria por Giardia fueron siempre los más intensos.

RESTREPO, en un interesante y pormenorizado trabajo que resume su experiencia sobre parasitismo intestinal durante doce años en el Valle de Aburrá (16), encontró las siguientes cifras de frecuencia para la Giardia:

En su laboratorio particular..... 2,92%

En el Laboratorio Municipal de Medellín... 1,71%

En todos los casos..... 2,12%

La frecuencia de la Giardia como parásito único fue de:

En el Laboratorio particular..... 1,42%

En el Municipal de Medellín..... 0,43%

En todos los casos..... 0,77%

GONZALEZ DELGADO, en 80 casos de niños con diarrea, entre los 2 y los 10 años, estudiados en los establecimientos de la Cruz Roja de Medellín (17), halló 20% de frecuencia para las Lamblias.

DOMINGUEZ señaló en Pereira (18) 0,3% de Lamblias.

El Profesor PATIÑO, de estadísticas consultadas en Bogotá, referentes a 30.000 coproanálisis, reunió 1.324 casos de Giardiasis (19), lo que corresponde a un 4,51%.

ANZOLA encontró 30% de Giardias en el líquido obtenido por

cateterismo duodenal hecho en enfermos que acusaban elementos del síndrome cólico hepático. (20).

PATIÑO, en 190 apéndices cecales operados en Bogotá en distintas clínicas y hospitales (19), halló que contenían 0,5% de Giardias.

Nuestras cifras personales, aunque obtenidas de una pequeña casuística, no difieren considerablemente de la gran mayoría de las anotadas. Hemos partido de 380 exámenes coprológicos hechos entre febrero de 1943 y febrero de 1945 inclusive, en clientela civil; y de 86 exámenes hechos en el Hospital de San José, de El Líbano, en un tiempo igual, pero irregularmente.

Entre los primeros hallámos la *Giardia Lamblia* 60 veces, lo que da una frecuencia de 15,78%.

De estos 60 casos, 15 ocurrieron en adultos; los 45 restantes pertenecían a niños entre uno y diez años, lo cual está de acuerdo con la opinión de MANSON-BAHR (6), sobre que la infestación lambliana es tres veces más frecuente en los niños que en los adultos.

Se encontraron *Lamblias* solas 15 veces, lo que arroja una cifra de 4% de parasitados solamente por este flagelado. Este monoparasitismo lambliano ocurrió trece veces en niños y sólo dos veces en adultos.

De los 380 exámenes coprológicos de la clientela particular, 177 correspondieron a niños comprendidos entre las edades ya mencionadas. Entre estos niños, 45 tenían *Lamblias*. La incidencia del parásito en los niños fue, pues, de 25,4%. De los 45 niños parasitados por *Lamblias*, 13 lo eran por este único parásito, lo cual, con relación a los exámenes hechos en niños solamente —177— da una incidencia infantil, para la “*Giardiasis Pura*”, de 7,3%.

De los mismos 380 coproanálisis, 203 se hicieron en adultos, de los cuales 15 tenían *Lamblias*. La incidencia del parásito fué, pues, en los adultos, de 7,3%. De los 15 adultos parasitados por *Lamblias*, sólo dos tenían a este parásito únicamente, lo cual, con relación a los 203 coproanálisis practicados en adultos corresponde a un porcentaje de “*Giardiasis Pura*”, en adultos, de 0,98 %.

La asociación de las *Lamblias* con otros parásitos intestinales, que ocurrió 45 veces, fue, en orden de frecuencia, como sigue:

Con áscaris y tricocéfalos	10 casos.
Con tricocéfalos solamente	7 "
Con áscaris solamente	5 "
Con áscaris, tricocéfalos y Entamoeba Coli	5 "
Con tricocéfalos y E. Coli	3 "
Con áscaris y E. Coli	2 "
Con E. Coli solamente	2 "
Con tricocéfalos, uncinarias y E. Coli	2 "
Con tricomonas intestinales	2 "
Con tricocéfalos, áscaris, uncinarias y E. Dysenteriae	1 "
Con tricocéfalos, áscaris, iodamoebas y E. Coli	1 "
Con tricocéfalos y iodamoebas	1 "
Con uncinarias y E. Dysenteriae	1 "
Con tricocéfalos y Chilomastix Mesnili	1 "
Con tricocéfalos y Strongyloides Stercoralis	1 "
Con uncinarias solamente	1 "
Total	45 casos.

El parásito que más acompañó a las Giardias fue el Tricocefalo —32 veces— el cual es, justamente, el más abundante en el país, según toda probabilidad. Los Ascaris L., también muy abundantes, las acompañaron 24 veces. Resulta extraño que solamente dos veces en 45 casos la amiba disentérica haya acompañado a la Giardia, pues la disentería amibiana es sumamente frecuente en esta comarca.

En el material hospitalario —86 exámenes coprológicos solamente— tropezamos con las Giardias 11 veces, lo que da un coeficiente de infestación de 12,79 %. A los adultos se refieren 8 casos y tan sólo 3 a niños (menores de 5 años).

Resultó, pues, este parasitismo, casi tres veces más frecuente en los adultos. Proporción invertida frente a lo observado en clientela civil, lo cual se puede explicar por varias razones: el servicio de niños cuenta apenas con 9 camitas, en paragon con los servicios de adultos, que abarcan un total de 60 camas; la permanencia en cada cama de niños es más prolongada que en los servicios de adultos ya que, en general, se trata casi siempre de enfermitos crónicos, que tardan mucho tiempo en reponerse; además, los análisis no se hicieron sistemáticamente a todos los hospitalizados, sino, de modo casi exclusivo, a los que presentaban cuadros digestivos, con diarrea o sin ella.

La giardia apareció como parásito único solamente una vez, en un niño, lo que da 1,16 %.

De los 86 coproanálisis 11 correspondieron a niños menores de 5 años; entre ellos, 3 tenían *Lamblias*, lo que da una incidencia, en los niños del hospital, de 27,2 %. De los tres niños parasitados por *Lamblias*, sólo uno lo era por este único parásito, lo cual, con relación a 11 coproanálisis en niños, da una incidencia infantil, para la "Giardiasis Pura", del 9 %.

Se hicieron 75 exámenes coprológicos en adultos, de los cuales 8 tenían el parásito. La incidencia de *Lamblias* en los adultos del hospital fue, pues, de 10,66 %.

Las diversas asociaciones de las *Giardias*, que se presentaron 10 veces, fueron como sigue:

Con <i>Entamoeba Dysenteriae</i>	2 casos.
Con uncinarias	1 "
Con tricocéfalos	1 "
Con <i>E. Coli</i> y tricocéfalos	1 "
Con <i>E. Dysent.</i> y tricocéfalos	1 "
Con uncinaria y tricocéfalo	1 "
Con <i>E. Dysenteriae</i> , uncinaria y tricocéfalo	1 "
Con <i>tricomonas</i> , áscaris y uncinarias	1 "
Con <i>E. Coli</i> , <i>Hymenolepis</i> y tricocéfalos	1 "
Total	10 casos.

En el hospital también, lo mismo que en los casos particulares, el parásito que más acompañó a la *Giardia* fue el tricocéfalo —6 veces—. El segundo lugar correspondió a la amiba disentérica —4 veces— lo que corresponde con la abundancia de la amibiasis en la región.

Se ve, pues, por lo que antecede, que tanto el porcentaje global de *Lamblias* en el hospital como la incidencia de "Lambliasis Pura", difieren de las cifras halladas en clientela particular en cerca de tres unidades, a favor de las últimas. Es por lo que, en clientela civil, en este medio, nos vamos acostumbrando ya a solicitar los auxilios del laboratorio, por más que todavía sean rudimentarios, y así el número de observaciones es mayor que en el pequeño hospital de la localidad. No obstante, considerando aisladamente los coproanálisis en niños y en adultos, resultan cifras más altas en el hospital: aquí, la incidencia de *Lamblias* en los niños es de 27,2 % contra 25,4 % hallada en los niños de la clientela civil; en los niños del hospital la "Giardiasis Pura" es del 9 %, mientras que en los niños de la clientela particular es del 7,3 %. En los adultos sucede

igual: en el hospital fue de 10,66 % la incidencia de Lamblias, y en los adultos de la clientela particular fue de 7,3 %. Las primeras cifras tienen que ser mayores porque, precisamente, se trata de un hospital, de un hospital a donde van los enfermos de una comarca en que los parásitos intestinales son abundantísimos.

Sumando todos los casos estudiados —los hospitalarios con los civiles— y analizándolos, se obtienen cifras que deben expresar el estado de la cuestión en el Municipio de El Líbano (Departamento del Tolima). Veamos:

Total de coproanálisis	466
Positivos para Giardias	71
Frecuencia de infestación Giardiana: 15,23 %	

Con Giardias solas: 16.

Frecuencia de Giardias solas: 3,43 %.

Total de coproanálisis en niños	188
Positivos para Giardia	48
Frecuencia de la Giardia en niños: 25,5 %	

Total de coproanálisis en adultos... ..	278
Positivos para Giardia	23
Frecuencia de la Giardidia en adultos: 8, 27 %.	

RESUMEN:

Se repasan estadísticas de varias partes del mundo, referentes a la frecuencia del parasitismo por *Lamblia* (*Giardia*) *Intestinalis*. — Las estadísticas se refieren a muy diversos países, de climas y situación geográfica variados, y fueron hechas en niños y adultos hospitalizados y de la clientela civil. Algunos autores investigaron solamente en sujetos diarreicos; otros utilizaron personal sano o que padecía de estados no digestivos. Unos pocos fueron hallazgos de autopsia. — La mayoría de los datos copiados son referentes al examen de las heces fecales; unos pocos se obtuvieron por intubación duodenal y por examen de piezas operatorias (apéndices cecales). La encuesta nuestra, hecha en el Municipio de El Líbano (Tolima), se refiere, exclusivamente, a coproanálisis, en número de 466 solamente, en adultos y niños, hospitalizados y de la clientela particular,

CONCLUSIONES:

Las Giardias abundan en todas las latitudes de la tierra. Las cifras de frecuencia mayor halladas en la literatura que nos fue posible consultar son: 39,8% en Inglaterra (Goodey y Coll) y 35,29% en Jamaica (H. H. Scott). Según esto, parece tentador pensar que la frecuencia del parasitismo lambliano en el trópico no es demasiado superior a la de la zona templada. Y aún estas dos cifras podrían sugerir que las ventajas de la civilización todavía no protegen suficientemente contra los parásitos intestinales.

La cifra media aproximada del parasitismo lambliano en el mundo parece ser el 15 %.

Las cifras nuestras, sin pecar de presunción, se aproximan más a la verdad por estar más cercanas a las encontradas por la mayoría de los observadores consultados. Son ellas:

Frecuencia global de infestación giardiana	15,23 %
Esta frecuencia en los niños	25,5 %
Esta frecuencia en los adultos	8,27 %

La infestación por Giardias es mucho más frecuente en los niños; aproximadamente tres veces más en éstos que en los adultos.

III

EL DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la Lambliasis resulta, en general, fácil y cómodo a pesar de que no pueda ser afirmado categóricamente sino mediante la verificación del parásito en las heces fecales o el licor duodenal obtenido por cateterismo. De lo cual resulta que los únicos medios seguros para este diagnóstico son el examen coprológico y la intubación duodenal.

Pero es natural que cuando estos exámenes especiales no son posibles, la sola información clínica permite una orientación diagnóstica y terapéutica. La búsqueda del parásito debe hacerse cuando los conmemorativos, el interrogatorio y el examen clínico nos hagan sospechar que se trata de enfermedad Lambliana.

El tipo corriente de enfermo con reacciones digestivas imputables al flagelado que nos ocupa, señala casi siempre a un niño que se presenta con una sintomatología intestinal crónica, lo más a menudo, o con algunos antecedentes biliares. La enfermedad ha comenzado bruscamente por ataques de diarrea imperiosa y ligero quebrantamiento general acompañado de febrícula una que otra vez; no hay tenesmo y, de una manera excepcional, las materias pueden mostrar un poco de sangre; el meteorismo y el flato son reglamentarios; la anorexia, discreta en la mayoría, pero sólo acompañada de enflaquecimiento cuando el proceso ha sido largo. Las deposiciones son apenas en número de 4 a 6 al día —término medio—; más frecuentemente pastosas que líquidas, y con mucosidades. El ataque corriente dura entre dos y cinco días y desaparece, como llegó, súbitamente; repite quincenal o mensualmente, pero en esto no hay una norma fija. Este estado de cosas se ha prolongado de tiempo atrás sin comprometer mayormente el estado general y aún sin tocarlo en los más resistentes; ha tenido una evolución crónica.

Tal es, a gruesos brochazos, lo comunmente observado en los casos habituales de la Enteritis Giardiana, que sirve para

orientar al médico y hacerle ordenar las investigaciones del caso. Pero las manifestaciones clínicas de los parasitados por *Giardia* suelen apartarse de este trazo general para plantear al práctico problemas a veces complejos. Por otra parte, hay muchos grados en la intensidad del cuadro y, en ocasiones, los síntomas se alejan del tracto digestivo para tergiversar y embrollar la interpretación etiológica; es entonces cuando cobra verdadera importancia la búsqueda del parásito con el microscopio, la que se hace de dos maneras: por el examen coprológico y por la intubación duodenal.

1. — *Examen coprológico.*

a) — El simple examen macroscópico de las heces suministra enseñanzas de interés. Por regla general, las materias carecen de sangre —por lo menos de sangre visible a simple vista—; la mayoría de las veces tienen el aspecto de una pasta de escasa consistencia, de coloración amarilla ocre, con pequeños puntos oscuros diseminados en su masa, a la manera de semillas de plátano que ha sido reducido a papilla; recuerdan, muy de cerca, una colada espesa de greda. El olor suele ser pútrido y desagradable. La reacción es indiferentemente alcalina o ácida, pero nos parece que más frecuentemente es alcalina. Pequeños grupos de mucus en cantidad variable son reglamentarios.

Otras veces son deposiciones más blandas aún, semifluídas o completamente fluídas, de color amarillo subido y con alguna espuma, que se oscurecen rápidamente al aire.

Las deposiciones de los enteríticos lamblianos, pues, son bien distintas de las deposiciones de los disintéricos de cualquier origen. Y clínicamente tampoco esta enteritis realiza el síndrome disintérico, lo cual ya nos había sido advertido por nuestro profesor de Clínica Tropical (21).

b) — El examen microscópico, así como aconseja MARTIN (3), debe ser practicado “en caliente”, partiendo de heces emitidas muy recientemente, a fin de asegurar mayor éxito y para esquivar el fenómeno del desvanecimiento de los trofozoitos, anotado por el mismo autor y observado por cualquiera que haya persistido en estos análisis.

Las formas vegetativas de la *Giardia* no aparecen sino en las materias líquidas; los quistes se hallan aún en las heces formadas. Los trofozoitos son fácilmente reconocibles por su morfología propia y su tamaño. Se presentan como pequeños organismos de forma de raqueta de tennis o de forma de pera

o aguacate, con la extremidad posterior siempre afilada; la longitud oscila entre 15 y 20 micrones y entre 6 y 10 la anchura (1, 7); son aplanados entre las caras dorsal y ventral; presentan en la zona anterior de la cara ventral una depresión reniforme que parece hacer el oficio de ventosa fijadora (como en los trematodos), muy visible cuando el animal aparece de perfil; en medio de la depresión ventral se ven nacer tres parejas de largos flagelos que se dirigen hacia atrás y a los lados y casi se ponen en contacto con un cuarto par que nace de la extremidad afilada del animal. Los dos flagelos más anteriores se cruzan cerca de su origen, en equis, formando el quiasma flagelar. Los ocho pelos hacen de aparato locomotor; imprimen a la Giardia movimientos natatorios torpes y bruscos. En la extremidad anterior se ve un par de núcleos rodeados, cada uno, de un filamento cromático, lo que hace aparecer al animal como con anteojos.

El número de detalles observables en fresco, si bien es limitado, es suficiente para identificar el parásito; para una observación completa de los detalles anatómicos de la forma vegetativa es menester someterla a coloraciones especiales (hematoxilina férrica, etc.).

Cuando los trofozoitos abundan —y esto ocurre, sobre todo, en las enteritis agudas de los niños— se ven marchar bajo el objetivo, agrupados unos al lado de los otros formando verdaderos cardúmenes, lo cual puede constituir un carácter diferencial.

Después que un observador ha visto varias preparaciones con trofozoitos de Giardias, difícilmente los confundirá con otros flagelados intestinales piriformes; la confusión podría ocurrir, especialmente, con *Trichomonas Intestinales* y con *Chilomastix (Tetramitus) Mesnili*. Pero este último es más pequeño que la Giardia; sólo posee tres flagelos anteriores y una pequeña membrana ondulante; el citostoma es profundo y con labio superior bien prominente (1,5); es “trompón”, para emplear la gráfica expresión del profesor Helo. La *Trichomonas Intestinalis*, habitualmente de forma de pera, es susceptible de diversas deformaciones como la variedad *Vaginalis*; tiene por delante un pincel o penacho que consta de tres a cinco flagelos proyectados de frente; la membrana ondulante es bien desarrollada y envuelve otro pelo que va hacia atrás (1,5). Sus dimensiones son también menores que las de *Giardia Intestinalis*.

Pero la forma que más a menudo aparece ante el microscopio, aún en la preparación simple, sin reactivos, es la quística. Sin embargo, los quistes de *Giardia Lamblia* muestran me-

por su morfología cuando las materias han sido emulsionadas en solución iodo-iodurada. Habitualmente se hallan en cantidad colosal, bajo la forma de un limón microscópico teñido de castaño oscuro o muy tenuemente violado, cuya cubierta, a menudo doble, encierra un dibujo de arborizaciones que equivaldrían a los organelos del trofozoito. Presenta el quiste cierto número de núcleos bien visibles, entre dos y cuatro, más frecuentemente cuatro, y mide 8 por 12 o 14 micras (1, 2, 5).

Durante el coproanálisis de un lambliano en período activo es de rigor tropezar con abundantes restos alimenticios insuficientemente elaborados por los jugos digestivos; lo más constante es encontrar gran número de partículas de almidón y de celulosa, pero no son escasas las fibras musculares mal atacadas. No es frecuente el hallazgo de cristales de Charcot-Leyden. Nos parece lógico suponer que esta lenteria depende de la hiperquinesia entérica mas bien que de los trastornos de la digestión y de la absorción.

Con respecto al diagnóstico de esta parasitosis por medio del análisis microscópico de los restos estercoreales, hay que insistir en la necesidad de repetir los exámenes cada diez o más días, ya que la eliminación del parásito en sus dos formas es intermitente y presenta fases negativas (1, 3, 5, 10, 22) o silenciosas, lo mismo que la enfermedad. La técnica de irritar artificialmente el intestino por medio de laxantes o purgantes para provocar la eliminación de las *Giardias* no siempre da los resultados esperados. Además, hay que tener presente que la manifestación más frecuente de la *Giardiasis*, esto es, la diarrea, tiene una marcha recurrente.

Finalmente, es lamentable que un número de diagnósticos de *Lambliasis* se haga ocasional o accidentalmente; cuando el médico tratante ordena investigaciones distintas, el Laboratorista encuentra las *Lamblias* únicamente. Esto es atribuible al desconocimiento de la enfermedad lambliana, que aún persiste en nuestras esferas médicas.

2. — *Cateterismo duodenal.*

En muchas ocasiones en que, siendo suficientemente fundadas las sospechas clínicas, los coproanálisis repetidos, aún con irritación intestinal previa, dan resultado negativo, debe someterse el paciente a la pequeña incomodidad del sondeo duodenal, que tiene por objeto provocar un avenamiento duodenobiliar; así se extreman los métodos útiles para la búsqueda del

parásito. Este método se debe usar igualmente cuando se sospechen colecistitis parasitarias.

La maniobra del cateterismo duodenal con fines diagnósticos carece de todo peligro, aún en niños pequeños, cuando las manos del operador han sido ya entrenadas un poco. Y sí puede suministrar datos preciosos para una correcta terapéutica.

El paciente no debe haber comido desde 12 horas antes. Hemos usado, en nuestra pequeña experiencia de esta maniobra, una sonda duodenal corriente, tipo Einhorn, provista de una oliva metálica, cuyos orificios hemos agrandado, según el consejo de BARROSO (22), para que no se tapen con los grumos mucosos.

Una vez esterilizada la sonda por ebullición, se coloca al paciente sentado en una silla; el operador se sitúa a la derecha y un poco por delante del paciente, sin sentarse. Es buena cosa haber dado a éste una breve explicación de la maniobra, según KOLMER (2), pues así se tranquiliza y facilita la operación.

Con un pequeño y suave empuje del operador, la oliva franquea el istmo de las fauces e inicia su camino esofágiano. Es el momento en que el paciente debe mantenerse más sereno, a pesar de lo cual se producen algunas náuseas. Vencida la pequeña resistencia que hay a este nivel, se ordena al paciente deglutir, y respirar por la nariz, alternativamente, con calma, teniendo la cabeza en posición normal. La oliva llega muy ligero al estómago, del cual sale, por el mecanismo del sifón o haciendo algunas succiones con una jeringuilla, el jugo gástrico, reconocible por su olor agrio, su reacción ácida y su color claro o ligeramente opalino. Entonces se hace acostar al paciente en decúbito lateral derecho, con los hombros y la cabeza ligeramente levantados; debe continuar deglutiendo la sonda, lentamente. El operador observa de vez en cuando una muestra de líquido, no sólo en su aspecto sino, sobre todo, en su reacción, que se busca con papel tornasol o con otro indicador sencillo.

En veinte o treinta minutos la reacción se torna de ácida alcalina y al mismo tiempo el líquido se hace amarillo opalino o ligeramente grisáceo. Esto indica que la oliva está ya en el duodeno. Se hace deglutir un poco más la sonda para que quizás llegue a la altura de la ampolla de Vater y se toma una muestra de bilis A en recipiente esterilizado.

Se procede entonces a instilar con la jeringuilla la sustancia excitante del flujo biliar. La que hemos usado nosotros es una solución acuosa de sal de Epsom al 33 % o 35 % que debe estar tibia; de ella acostumbramos inyectar, despacio, 20 a 30 c. c.

Otros estimulantes aconsejados son: solución acuosa de peptona al 5 %, en cantidad de 50 a 100 c. c.; una onza de aceite de olivas tibio y con adición de un poco de agua para que deslice bien por el tubo; o 10 c. c. de ácido oleico puro en 30 c. c. de agua (2).

La solución de sulfato de magnesio no sólo relaja el esfínter de Oddi, determinando la evacuación vesicular, sino que, siendo hipertónica, irrita el epitelio duodenal, que produce moco, el cual arrastra al parásito. Quince o veinte minutos más tarde se obtienen muestras de bilis B que, junto con las A, se llevan al laboratorio.

Para investigar *Lamblias* no hay interés de obtener bilis C o hepática.

La persecución de las *Lamblias* se hace en ambas bilis, tomando de ellas, con una pipeta, los flóculos suspendidos o los grumos sedimentados espontáneamente. Se examinan en fresco, sin adición de reactivo o colorante. En los casos favorables aparecen los trofozoitos lamblianos bien refrigentes y móviles, generalmente muy abundantes, distribuidos en grupos, acompañados de leucocitos y células diferentes del tracto explorado.

En caso de necesidad, las muestras se pueden enriquecer por medio de una centrifugación prolongada.

Existen aún otros medios de diagnóstico pero, según nos parece, de muy limitado interés práctico:

La inoculación rectal al gato joven y a otros animales de algunas partículas de las materias de un enfermo sospechoso, ha sido contemplada con reservas por MARCHOUX y otros; sería solamente un "procedimiento de estudio" (3).

El examen protoscópico debe reservarse para aquellos contados casos en que parece haber una recto-sigmoiditis lambliana. Se toman directamente las muestras sospechosas de las placas ulceradas o supuradas que aparezcan en la mucosa del colon.

Nosotros hemos tenido la fortuna de encontrar ocasionalmente quistes de *Giardia* en un caso de prurito anal cuyo historial clínico aparece adelante. Habiendo agotado prácticamente la encuesta etiológica del caso y cuando investigábamos oxuros por tercera vez, valiéndonos de la torunda N I H descrita por HALL (23), fuimos sorprendidos por el hallazgo de abundantes quistes de *Giardia* que se habían adherido a la banda de celofán de la torunda al pasear ésta por los pliegues anales y perianales.

RESUMEN:

Se hace un recuento de los diferentes medios usados hoy para el diagnóstico de la Giardiasis, que son:

Interrogatorio. Examen clínico. Examen de las heces, tanto macroscópico como microscópico. Cateterismo duodenal con la sonda de Einhorn. Inoculación a los animales receptivos. Rectoscopia. Raspado anal con la torunda N I H de Hall.

Se recalca especialmente sobre la anamnesis como medio de orientación y sobre el coproanálisis y el sondeo duodenal como medios para llegar a la certidumbre diagnóstica.

CONCLUSIONES:

Debe sospecharse la presencia de *Giardias* en todo enfermo que tenga una historia de diarreas crónicas de marcha recurrente y de evolución benigna, cuyo aspecto no sea disintérico. Las sospechas de enteritis lambliana deben recaer sobre todo en los niños, quienes son más frecuentemente atacados. Los medios de investigación más importantes son el examen coprológico y el sondeo duodenal, que se complementan. Los exámenes coprológicos deben repetirse cada 10 o más días para descartar las fases negativas del parásito. La introducción de la sonda duodenal debe hacerse cuando los repetidos coproanálisis dan resultados negativos o cuando se sospeche una localización biliar del parásito, primitiva o secundaria.

La proctoscopia y el raspado anal superficial prestan indudables servicios en determinados casos especiales, pero no son métodos de rutina. La inoculación rectal en animales de laboratorio es un "procedimiento de estudio".

IV

MANIFESTACIONES CLINICAS

Si bien es cierto que en su forma habitual el cuadro sintomático de la enfermedad lambliana es relativamente simple y aún pobre en manifestaciones, hay casos —como ya fue sugerido atrás— en que el médico se halla ante una perplejidad.

En cuanto nos sea posible, vamos a basar la descripción de los síntomas en nuestras observaciones personales; y, para ello, presentaremos, resumidas, algunas de nuestras historias clínicas, usando las que nos parezcan más demostrativas. No obstante, como nuestra casuística es pequeña, frecuentemente habremos de consignar detalles ajenos.

La forma vulgar de la giardiasis, quizás la más importante desde el punto de vista práctico, se refiere, exclusivamente, a manifestaciones del tracto digestivo, en especial del intestino. Es evidente la diferenciación en una forma aguda, enterítica, y una forma crónica, colítica o, mejor, enterocolítica.

La forma aguda se manifiesta por crisis o ataques inopinados, súbitos, en que el elemento esencial es una diarrea en general benigna, de caracteres muy propios. No se acompaña de pujo y tenesmo como en las disenterías, y sólo empieza a ser verdaderamente mortificante para el enfermo cuando las deposiciones alcanzan un número crecido (más de diez), lo que no es frecuente. Este número varía, ordinariamente, entre 3 y 6 en el día. Apenas sí el enfermo se siente indigesto, con pesantez abdominal, o mortificado ligeramente por encima y a la derecha del ombligo; el vientre aparece crecido, abultado y timpánico en los niños, sensible a la palpación profunda, sobre todo en el cuadrante superior derecho; quizás la flatulencia indisponga sobre manera a cierto tipo de pacientes decentes y susceptibles, pero la salida de los gases ocurre, sobre todo, durante la defecación, que es entonces ruidosa y discontinua.

Por regla general el apetito disminuye un poco, pero puede estar aumentado o pervertido; sin embargo, la anorexia, en la mayoría de los casos, no alcanza a repercutir en las carnes del

enfermo, ya que el ataque es de corta duración —2 a 5 días— y benigno. Pero en los niños suele asociarse a estados carenciales preexistentes y aún concomitantes, que se agravan; entonces, la desnutrición severa y rápida que se observa depende más del terreno que de la enfermedad en sí.

Los dolores abdominales nunca nos han parecido tan intensos que reclamen una terapéutica especial. Tampoco la fiebre, que es síntoma muy inconstante. Se trata de una febrícula que quizás esté asociada a un elemento infeccioso, tal vez entérico ya que coincide con la presencia de pus en la deposición y con la exaltación de la flora digestiva; es sobre todo observable cuando el árbol biliar ha sido invadido. Sin embargo, esta interpretación patogénica de la fiebre de la Giardiasis aguda puede no ser siempre exacta, porque, muy a menudo, en los niños, son los focos orales los que encienden la fiebre; en efecto, estos niños presentan pésimas dentaduras, tonsilitis o infecciones de la rinofaringe.

El vómito o, al menos, el estado nauseoso, es propio de las formas severas de los niños, ya que los adultos soportan siempre muy bien la enteritis lambliana. A veces se observan estados de verdadera gastroenteritis.

Comunmente, también en los niños sobre todo, el cuadro sintomático llega a tomarse, cuando los ataques son fuertes, por disentería amibiana, lo que es controvertido por el resultado de los análisis fecales o por los fracasos de la emetina y el yatrén cuando no se ha hecho el coproanálisis. En estos casos aparece tenesmo y, las heces, más mucosas que de hábito, se tiñen de sangre; pero es probable que en estos casos especiales y raros haya un factor amibiano, desconocido, desapercibido u oculto.

Los enfermos casi nunca consultan durante el primer ataque, a no ser que sea fuerte; siempre esperan a que se instale el estado crónico.

Como ejemplos de ataque agudo de lambliasis, presentamos los siguientes casos:

“Historia No. 1. Noviembre de 1943. Niño G. N. de 1 y medio años. Vive en un campo de tierra fría. Hijo único de la cocinera de una casa de campo. Somos consultados por la dueña de la casa, persona culta, quien se muestra asqueada al referir que este niño come excesivamente y con harta frecuencia; que posee un voluminoso vientre; que llora todo el día y que hace muchas deposiciones líquidas, con moco casi siempre, por lo que ha po-

dido observar. Que nos ruega le prescribamos algo al niño "para acabar con ese continuo fastidio". En la imposibilidad de examinar al paciente, le aconsejamos que ordene regularizarle las comidas y le solicitamos una muestra de heces para análisis, la cual es enviada dos días más tarde. Contenía algunos huevos de *Ascaris* y numerosos quistes de *Giardia Lamblia*. Prescripción: vermífugo con quenopodio en aceite de ricino; siete pastillas de atebriina de 0.05 gms. para darle una diaria en dos tomas, empezando dos días después del vermífugo. Tiempo más tarde, la dueña de casa, nuestra amiga, está satisfecha por los resultados obtenidos".

"No. 2. Agosto de 1944. Niño A. R. 8 años. Amigdalitis crónica, críptica; discreta miopía. Escasas carnes pero buen color. Buen apetito. Desarrollo normal. Ha presentado diarreas in-tempestivas, dolores abdominales fuertes y vómitos; el estado nauseoso es frecuente; hay febrícula (37,7 C). Hace tres a cinco deposiciones diarias, muy blandas y abundantes. La diarrea se ha presentado por crisis que duran de tres días a una semana. Las deposiciones son abundantes, imperiosas, frecuentemente espumosas y de color bilioso; son, pues, prematuras. La enfermedad tiene como un mes de duración, y en este corto tiempo no ha podido sentirse del todo bien, aunque ha seguido sus estudios; ha sido tratado empíricamente, sin éxito. Copro-análisis: heces de color amarillo ocre, semifluidas, granulosas, con escasos grumos mucosos, alcalinas, que contienen restos abundantes de vegetales y numerosos trofozoitos y quistes de *Giardia*. Prescripción: tabletas de atebriina de 0.10 gms. No. 12. Para tomar dos diarias. Los datos obtenidos más tarde, de la familia, indican curación completa".

"H. No. 3. Diciembre de 1944. Niña C. N. 15 meses. Hija del agrónomo de la localidad; los antecedentes personales y hereditarios carecen de importancia; quizá influya en su hipotrofia la excesiva juventud de los padres. Desde hace cuarenta días está inapetente y ha presentado algunos vómitos y tos seca, espasmódica; ha perdido poco peso; el color de la piel va tomando un tinte pajizo. Les llama mucho la atención a los padres que la enfermita rechace el navitol-malta que tomaba con agrado anteriormente. Como síntoma curioso anotan un prurito de la nariz muy molesto y persistente. Ha presentado alguna diarrea, pero en grado restringido y de escasa frecuencia: es una deposición pastosa, escasa y con algo de espuma, de color terroso y de reacción ácida, que contiene muchos quistes de *Giardia* y abundantes jabones y almidones. Al examen, la niña aparece decaída, con el abdomen templado, timpánico;

la lengua está cubierta de un engrudo blanquizco y pastoso; expele por el ano gases abundantes y fétidos. El hemiabdomen derecho es bien sensible a la palpación. Se aprecia borborigmo. Se le formulan 5 centigramos de metoquina simple dos veces al día, durante seis días; descanso de una semana y después otra cura igual a la primera. Después de cuatro días de tratamiento cesa la diarrea y desaparece el prurito nasal; a los 6 días el apetito se recobra, lo mismo que la tolerancia de la preparación vitaminada antes nombrada. El restablecimiento es completo poco después, pero la paciente queda bien teñida de amarillo por siete semanas. Quizás la dosis de metoquina fue un poco alta”.

“H. No. 4. Febrero de 1945. Niño S. C. 1 y medio años. Nacido a término de padres sanos. Alimentado al pecho sólo dos meses. Alimentación artificial mal conducida. Frecuentes trastornos digestivos y de la nutrición. Había sido relativamente sano, no obstante, hasta hace un mes, en que empezó a presentar gran inflamamiento del abdomen, frecuentes lloros que la madre atribuía a cólicos intestinales, pues casi siempre ocurrían antes de las deposiciones o durante ellas, que eran diarreicas y muy frecuentes desde el principio de la enfermedad; muy líquidas y con abundante moco. Dos médicos tratantes anteriores le dieron vacunas intestinales, absorbentes y astringentes y le aconsejaron leches ácidas. Todo sin resultado. La enfermedad fue agravándose paulatinamente y comprometió mucho el estado general de la criatura. De 5 días para acá la diarrea se hizo más profusa y adquirió el tinte verdoso de las enteritis infecciosas; apareció vómito tenaz y fiebre alta (39,5 C.). La deshidratación es extrema en el momento del examen; la piel seca y resquebrajada; masas musculares fundidas; hay agitación y polipnea; el pulso es frecuente, débil e irregular; la orina ha disminuído considerablemente. Se le aplican de urgencia 250 c. c. de glucosa al 5% en solución salina isotónica y una ampolla de coramina. Se hace un examen coprológico, que da: heces líquidas, mucosas, verdosas, alcalinas, con pus y almidones abundantes; hay una enorme cantidad de trofozoitos y quistes de Giardia, y la flora entérica se muestra sumamente abundante. Se ordena dieta hídrica po 10 horas a pesar de la desnutrición grande; después de ésta un babeurre ácido; sulfaguanidina durante dos días más suero azucarado y salino, al que se agregan vitaminas B1 y C. Después de dos días la reacción es muy favorable. Entonces reemplazamos la sulfaguanidina por metoquina simple a dosis de 5 centigramos diarios por cinco días, para repetir después de una semana de

descanso. La curación se acelera y entonces se agrega una dieta más completa, que es bien tolerada”.

La forma crónica o enterocolítica tiene también caracteres que le son propios. El estado diarreico, aquí también de gran importancia, se adueña del enfermo por largos períodos; pero en estos casos las diarreas suelen ser discretas y, en vez de líquidas, solamente pastosas. Sin embargo, son diarreas pertinaces y rebeldes que adquieren, la mayor parte de las veces, una marcha recurrente y hasta periódica, lo cual es llamativo; suelen ser postprandiales y, en estos casos, imperiosas y abundantes. URIBE (35) ha notado que muchos enfermos son despertados a la madrugada por un fuerte deseo de exonerar el vientre; hacen 4 o 5 deposiciones diarreicas, con irritación anal, y quedan en buen estado por algún tiempo.

Suele hallarse en algunos enfermos un estado de constipación habitual, entrecortado de cuando en vez por accesos diarreicos o fases de agudización. Estos individuos constipados presentan los estigmas comunes a todos los cuadros abdominales crónicos: aliento fétido, hábito saburral digestivo, digestiones laboriosas acompañadas de pesantez del cuadrante superior derecho, eructos y pirosis, distensión abdominal, náuseas, apetito escaso o caprichoso. FERNANDEZ (10) ha visto enfermos de estos que presentaban verdaderos estados neurasténicos determinados por la intoxicación nerviosa: individuos postrados física y mentalmente, con insomnio, agitados o, más frecuentemente, deprimidos, con trastornos incómodos de la sensibilidad, que iban desde las parestesias hasta las neuralgias, quejándose frecuentemente de cefalea, pesantez de la nuca y abnubilaciones visuales pasajeras.

El estado lientérico de las heces en los casos crónicos es más marcado que en las formas agudas; y en estos enfermos las heces son más regularmente alcalinas. De MURO (24) habría confirmado hipoclorhidria y atonía digestiva en estos sujetos, y GOIFFON (25) cree que en la Lambliasis hay hipersecreción del colon.

Generalmente, estos enfermos soportan bien la enfermedad, tienen buen aspecto y pueden llevar un trabajo regular, apenas perturbado a veces por las exacerbaciones diarreicas, alguna pequeña congestión hepática o fenómenos de otras esferas, dependientes de la autointoxicación que trae consigo todo estado colítico. Muchos de estos pacientes tienen períodos de

salud completa, en que la enfermedad no se manifiesta y permanece latente, como si los parásitos estuvieran tranquilos, en espera de una borrachera, de un enfriamiento, de una fuerte transgresión del régimen o de un exceso de cualquier orden, para volver a mortificar a su huésped. Igualmente, se descubren personas sin manifestaciones del parasitismo lambliano, a pesar de ser portadoras de las *Lamblias*, las cuales son bien soportadas, como en el niño de nuestra historia No. 7. En esta clase de individuos es natural que las asociaciones con otros parásitos jueguen un papel importante; a veces son un factor desencadenante.

Aunque en nuestra experiencia no hemos hallado formas verdaderamente graves, es bueno tener presente que algunos autores citan casos de perforaciones intestinales, apendicitis agudas y hasta un síndrome adisoniano (3,10); para estos mismos autores, aparecerían en la forma colítica de la Giardiasis algunos casos, averiguados como ciertos, de rectosigmoiditis.

Algunos colíticos lamblianos sufren complicaciones serias que los llevan a presentar estados biliares y cuadros anafilácticos, a veces severos, con manifestaciones bronquiales o cutáneas, como hemos tenido la oportunidad de observar. Uno de nuestros enfermos simuló una úlcera duodenal.

Para ilustrar mejor este capítulo, transcribimos a continuación los resúmenes de algunas de nuestras historias clínicas:

“Historas números 5 y 6. Noviembre de 1943. Niñas G. y G. R. De 2 y medio y 4 años respectivamente. Traídas por su madre a la consulta porque “deben tener muchos gusanos” a juzgar por los síntomas: pequeñas diarreas una o dos veces por semana, anorexia y geofagia, cambios del carácter, algunos insomnios y, en ocasiones, dolores abdominales. Antecedentes personales y hereditarios sin importancia. Las niñas se dejan examinar tranquilamente. Sólo se descubre que las mucosas de ambas están un poco empalidecidas y que los dientes de la mayor tienen abundantes caries. Los resultados de los coproanálisis de rigor son: deposiciones de aspecto normal con abundantes quistes de *Lamblias* y huevos de tricocéfalo en la menor, y en la mayor lo mismo más huevos de *Ascaris*. Se le prescribe jugo de híguerón a Gladys, amargos estomáquicos y un poco de hígado crudo, molido con frutas, dos veces por semana. A su hermana igual prescripción más una poción japonesa para administrarle una semana después del jugo o leche del híguerón. Intencionalmente dejamos a estas dos enfermi-

tas sin tratamiento contra las Lamblias, con el fin de observarlas algún tiempo. Los resultados de estas sencillas prescripciones fueron buenos sobre algunos síntomas únicamente: las niñas mejoraron mucho de aspecto y aumentaron de peso; el carácter tendió hacia la uniformidad; pero la diarrea y los dolores abdominales no fueron influídos. Se hizo entonces nuevo examen de heces, esta vez diarreicas, mes y medio después de los vermífugos: no se hallaron huevos de vermes y sí una gran cantidad de quistes lamblianos en ambas. Entonces se administró a cada una de ellas 0.10 gms. de atebрина diarios, en dos tomas, durante siete días consecutivos. Tuvimos la satisfacción de saber más tarde que las niñas R. estaban disfrutando de salud completa y que prosperaban orgánicamente”.

“H. No. 7. Enero de 1944. Niño A. B. de 7 años. Hijo de uno de nuestros distinguidos compañeros de labores médicas, quien ha ordenado un examen coprológico sin que hubiera motivos especiales para ello, ya que su hijo ha disfrutado siempre de buena salud. Resultado: materias de aspecto normal, ácidas, con huevos de Ascaris, tricocéfalos y quistes de E. Coli y de Giardia Lamblia. Algunos hematíes y leucocitos. Como tratamiento únicamente un vermífugo. Todavía no ha hecho ninguna manifestación de su Lambliasis latente”.

“H. No. 8. Febrero de 1944. Señora N. M. 28 años. Soporta normalmente su segundo embarazo, que va en el cuarto mes. Ha sufrido de molestias digestivas muy variadas desde hace dos años, especialmente digestiones laboriosas, acedías, flato y sensación de plenitud abdominal constante. Constipada habitual aún por fuera de los embarazos; pero ha hecho tres crisis diarreicas particularmente fuertes, con intervalos de 4 a 5 meses y con duración aproximada de una semana cada vez. La última crisis, por la que consulta, lleva cinco días. Las deposiciones son abundantes y espumosas, de color amarillo, “como huevo batido”, según ella dice; hace tres o cuatro al día, nunca de noche; le producen algún tenesmo e irritación anal. No ha expulsado sangre ni mucosidades. Come bien y no ha enflaquecido; aunque no está satisfecha del sueño. Durante la segunda crisis fue a consultar al puesto de sanidad oficial; allí encontraron en las heces algunos huevos de lombrices y a esta causa imputaron los trastornos. Pero la diarrea, que estaba empezando, no se modificó con el vermífugo que le administraron, a pesar de haber arrojado 15 de estos gusanos adultos. En el examen coprológico que ahora le practicamos se hallan muchas formas vegetativas de Lamblia, que nadan en un medio líquido, fétido y de reacción ácida; también hay algunos

huevos de áscaris, fibras musculares estriadas y nucleadas y gran cantidad de almidones en fermentación. Se le prescriben antiácidos y absorbentes, takadiastasa en licor y atebrina (0,30 gms. diarios por 5 días). Los trastornos cedieron bien aprisa y la evacuación intestinal se normalizó. Continuamos la vigilancia del embarazo hasta el puerperio y tuvimos ocasión de hacer dos controles fecales más. No volvimos a encontrar Lamblias”.

“H. No. 9. Abril de 1945. Niña A. G. 3 años. Antecedentes hereditarios sin importancia. Hace justamente un año fue traída a la consulta por causa de una gastroenteritis aguda febril que llevaba 4 días de duración y la había deshidratado bastante. Tenía mucho vómito; las deposiciones eran de 15 a 20 en las 24 horas: escasas, líquidas, ricas en mucus verdoso, de reacción ácida. El coproexamen mostró huevos de áscaris y de tricocéfalos, Giardias vegetativas, abundante pus, grasas neutras y almidones. La madre informó que desde antes del año de edad hacía frecuentes “daños de estómago” a los que no había dado importancia; que este último ataque había empezado como los otros y se hizo rápidamente serio. Se combatió este estado con dieta hídrica, sulfaguanidina y soluciones salinas inyectadas. Una vez que la fase aguda hubo calmado, se ordenaron los vermífugos del caso. La Giardiasis quedó sin tratamiento en forma casual, lo que iba a proporcionarnos más tarde útiles enseñanzas. En efecto, durante esta última visita nos refiere la madre que la niña ha continuado haciendo accesos intermitentes de diarrea gredosa, que el apetito es malo, que a veces dura varios días sin defecar y, lo que más la preocupa, que su niña “no adelanta”. Al examen encontramos una criatura notoriamente atrasada en el desarrollo, enflaquecida y anémica, con un vientre protuberante, doloroso y timpánico; hay una cuerda cólica notoria y sensible. Un nuevo coproanálisis pone de manifiesto Giardias vegetativas y quísticas en gran abundancia, acompañadas de cristales de Charcot-Leyden y detritus digestivos mal atacados. Ya con experiencia en estas cosas, nos decidimos a diagnosticar un típico caso de enterocolitis giardiana e instituimos, sin pérdida de tiempo, 10 centigramos de metoquina simple al día, por 5 días, para ser repetida la cura después de 15 días de descanso. Se agregó un régimen alimenticio razonable y algún producto polivitamínico. Hasta la fecha de escribir estas líneas la niña no ha vuelto a tener trastornos digestivos y presenta un aspecto lucido y de franco restablecimiento”.

“H. No. 10. Junio de 1944. Niña L. C. De 22 meses. Proce-

dente de Ubaté; hija de un empleado de Bavaria. Es traída a la consulta por el padre, quien refiere que desde hace 10 meses la niña presenta alguna diarrea semanalmente por dos o tres días consecutivos; hace 3 o 4 deposiciones diarias, abundantes y de aspecto de colada espesa de tierra amarilla. Es el único síntoma. No tiene dolores y come y duerme bien; el desarrollo es normal y el aspecto floreciente. El padre asegura que la enfermedad no se debe a falta de cuidados en la alimentación, pues él y su señora son muy escrupulosos en tal sentido y vigilan de cerca el régimen de la hija. Después de seis días de haber llegado al pueblo una crisis diarreica dura todavía a pesar de algunas horchatas caseras y un poco de eldoformo que le han administrado por cuenta propia. El examen clínico no suministra ninguna enseñanza. Sin pérdida de momento se practica uno coprológico, que demuestra una gran cantidad de formas vegetativas y quistes de *Giardia Lamblia*. Tranquilizamos al padre y le aseguramos que muy pronto su niña estará bien. Le prescribimos 5 centigramos de metoquina simple dos veces al día durante cinco días. Veinte días después la familia regresa a Ubaté con la niña restablecida. Seis meses más tarde encontramos nuevamente al padre y nos dice que la niña ha seguido en perfecto estado de salud”.

“H. No. 11. Abril de 1945. Niña R. U. 4 años. Historia suministrada gentilmente por el doctor Bernal Jiménez. Antecedentes personales: hace algo más de dos años que está enferma: diarreas de repetición, mucosas. Dolores abdominales. Ha sido purgada con quenopodio. Falta de apetito, sudores nocturnos. Estado actual: enfermita llorona, muy nerviosa. Sufre dolores abdominales; vómitos alimenticios. Diarreas mucosanguinolentas; hasta 5 deposiciones diarias. Palidez; ojos sin brillo, apagados; semblante apático.

Coproanálisis: Quistes de *Lamblia* abundantes; algunos trofozoitos de la misma; jabones, almidones y algunas fibras musculares estriadas. Deposición mucosa, líquida, alcalina, lientérica.

Tratamiento: metoquina; una tableta diaria (0,10 gms.) alternada con enteroyodín. Hasta aquí el doctor Bernal Jiménez. Nosotros tuvimos oportunidad de saber más tarde, por la señora de la casa en que habían recogido a esta huérfana, que había curado de su enterocolitis”.

“H. No. 12. Octubre de 1943. Suministrada galantemente por el doctor José María Estrada, referente a don G. E. El enfermo está recién llegado de Medellín, en donde han sospechado y diagnosticado varios médicos una úlcera duodenal y una

apendicitis crónica. No le hicieron radiografías. El doctor Estrada quiere que, en la compañía del doctor Arturo Durán, examinemos al enfermo y le demos nuestra opinión. Al examen clínico encontramos un enfermo con facies de abdominal crónico, deprimido, tímido, de tinte subictérico. El aspecto del vientre es normal. Hay dolor objetivo de la zona duodenal, sin irradiaciones, y del punto de Mc.Burney. Hígado pequeño, vesícula biliar sensible a la palpación profunda. Panículo adiposo empobrecido. Los antecedentes personales son: dolores epigástricos y periumbilicales, casi siempre tardíos con relación a las comidas, que en ocasiones se calman comiendo. Acedías de grado pequeño. Anorexia, indisgestión, flatulencia; sensación de plenitud abdominal. Enflaquecimiento. Pequeña hematemesis dos meses atrás. El examen de las materias fecales pone de manifiesto un bolo fecal bien formado pero con cubierta gelatinosa y alcalina, con escasos huevos de tricocéfalos, algunos quistes de *Iodamoeba Butschii* y enorme cantidad de quistes de *Giardia L.* En vista del resultado del análisis de las heces y a pesar de los sugestivos datos clínicos y, sobre todo, sin informes radiográficos, aconsejamos tratar al enfermo de acuerdo con los datos suministrados por el laboratorio. Así, se le administra una buena dosis de látex del higuerón, seguida de una cura atebrílica y de un tratamiento tónico general. Estos sencillos medios produjeron una mejoría subjetiva y objetiva muy grande; lo que antes no logró un tratamiento intensivo con larostidina, pepsinase, ácido ascórbico, antiácidos, tópicos intestinales, etc., se consiguió con unas pocas tabletas de atebri-na. Poco después el enfermo marchó nuevamente a Medellín, continuó mejorando y repitió la cura de atebri-na. Las noticias han seguido siendo buenas, pero, naturalmente, en ausencia de una radiografía, sólo es dable meditar el caso antes de pronunciar el veredicto definitivo”.

RESUMEN:

Se hace un recuento de los síntomas más comunmente observados en los individuos parasitados por *Giardias*; han sido obtenidos, en parte, de observaciones personales y, en parte, de lo descrito y estudiado por diversos autores. Se ilustra el capítulo con la exposición de algunos casos clínicos de nuestra práctica diaria, estudiados y tratados personalmente, cuyas historias han sido resumidas.

CONCLUSIONES:

La enfermedad lambliana, en su forma vulgar o habitual, reviste dos modalidades clínicas: una aguda, caracterizada por enteritis de tipo propio, que parece más frecuente en los niños, y otra crónica, que reviste la marcha de un estado colítico o enterocolítico, en que hay episodios agudos. La diarrea es el síntoma predominante en ambos casos.

En ninguna de estas formas se hallan casos verdaderamente graves, imputables propiamente a las *Giardias*.

Los casos serios o severos ocurren en niños pequeños cuando al factor parasitario se agrega un cuadro carencial.

Quizás el estudio de las manifestaciones enterocolíticas de la giardiasis haya suministrado gran claridad en el campo, aún intrincado, de las colopatías.

MANIFESTACIONES CLINICAS

(Continuación).

Hemos reservado para la parte final de la sintomatología de la Lambliasis lo referente a las colecistitis y a algunos fenómenos alejados de la esfera digestiva. De estos últimos hemos encontrado tres casos que nos parecen interesantes, cuya etiología fue, quizás, realmente giardiana, como parece ser demostrado por los felices resultados de la terapéutica con los derivados de la acridina. Si esto fuera así, se abrirían campos nuevos y fecundos en el estudio de las manifestaciones clínicas producidas por este flagelado.

Observaciones clínicas.

"H. No. 13. Noviembre de 1943. Niño M. W. de 7 años. Colombiano de ascendencia alemana. Poseedor de una amigdalitis hipertrófica crónica. Faringitis y resfriados frecuentes. Desarrollo normal. Hace 20 días ha presentado diarrea imperiosa, abundante y líquida; 5 o 6 deposiciones diarias, sin un solo día de normalidad digestiva. Anteriormente, y de esto hace cerca de un año, ha tenido algunos ataques semejantes, pero episódicos y sin mayor importancia, que la familia motejaba de indigestiones. De siete días a esta parte empezó a hacer pequeñas elevaciones térmicas, perdió el apetito, las orinas subieron de color, aparecieron náuseas repetidas y frecuentes, acusó dolores leves en el hipocondrio derecho y fue adquiriendo un tinte icterico franco. Está reducido al lecho hace 4 días y la fiebre y el decaimiento han aumentado. Al examen se encuentra: enfermito muy decaído; piel, conjuntivas y mucosa bucal con discreto tinte azafranado; enflaquecimiento; lengua saburral, húmeda. Temperatura 38,4 C. Pulso 96 latidos por minuto, igual, rítmico, un poco flojo. Vientre inflado. Hipocondrio derecho y zona pancreático-coledociana sensibles a la palpación profunda

pero no mucho; punto cístico más sensible. Para tratar de dilucidar la etiología de ese cuadro de ictericia infecciosa benigna (que fue nuestro diagnóstico), solicitamos muestras de orina y materias fecales. En la orina se halló positiva la reacción de Gmelin y también la de Hay; había indicanuria. Las materias fecales, pastosas, arcillosas, sin moco ni sangre, de reacción alcalina débil, contenían gran número de trofozoitos y quistes de *Giardias* intestinales, unos pocos huevos de tricocéfalos, jabones y cristales de oxalato de calcio. Se prescribe proteínoterapia no específica suave, una poción con sal de Epsom y urotropina, 15 centigramos diarios de atebрина por 7 días y se aconseja fuerte ingestión de líquidos con jugos cítricos; la dieta alimenticia había de ser muy suave e hipotóxica. Tres días después, los síntomas están muy atenuados; la fiebre y la diarrea no existen y el apetito y las fuerzas van recuperándose. El enfermito se restablece por completo en corto plazo y reanuda sus estudios. Se aconseja, para más tarde, una cura con jugo de higuera como tratamiento de los tricocéfalos y se suprimen de la alimentación los tomates y el chocolate para evitar o alejar el factor oxalémico. El 11 de diciembre se hace un nuevo análisis fecal con resultados negativos de *Giardias*".

"H. No. 14. Enero de 1944. Sr. H. A. Ha pasado de los cincuenta. Muy aficionado a las bebidas alcohólicas. Tiene una historia de más de cinco años de cólicos hepáticos. Tuvo hace más de un mes una crisis de tres días de duración, particularmente intensa; en seguida apareció ictericia, que aún dura. La piel y las mucosas aparecen teñidas de una coloración verde oliva sucia y oscura; hay bradicardia, prurito intenso y señales de rascado; la orina es caoba intenso y tiñe las vasijas de color de miel espesa; la anorexia es muy acentuada, lo que se agrava con la intolerancia gástrica y por la repulsión por las comidas; al principio hubo acolia y todavía las deposiciones son desteñidas. La fiebre no ha sido muy alta y hay alguna diarrea. Hay antecedentes de diarreas pequeñas ocasionales, sin causa aparente, banales, desde mucho tiempo atrás. A la exploración clínica se aprecia una pequeña tumefacción abdominal por debajo del reborde costal derecho, que sigue los movimientos de la respiración y que está en la intersección del borde externo del músculo recto y el límite inferior de la parrilla costal; el tumor es sensible a la palpación aunque no mucho. El hígado se percute más allá de los límites semiológicos, en todos los diámetros; la exploración de esta víscera es bastante molesta para el enfermo. El bazo no se palpa pero se percute. Los puntos renales despiertan algún dolor. El corazón, de apariencia clínica

sana, bate a 56 por minuto, a pesar de que el termómetro marca 38,2 C. Las pruebas de Tanret, Gmelin y Hay son positivas en la orina; hay cilindruria. Nos pronunciamos por una ictericia por retención, verosimilmente de origen litiásico en vista de anteriores cólicos. Se ordena un examen coprológico, que nos da los siguientes datos: materias pálidas pero no decoloradas del todo, pastosas, mucosas, alcalinas y de olor pútrido repulsivo; contienen gran cantidad de huevos de uncinaria y muchísimos quistes de Giardia Lamblia. Se ordena clorhidrato de metilcitenilamina para vencer los espamos residuales; grandes dosis de aceite de olivas y una solución saturada de sulfato de magnesio para tomar por copas; dieta de líquidos azucarados y algunas coladas farináceas. Tres días después el enfermo se siente mejor; las deyecciones han aumentado y tienen aspecto más fisiológico. Se continúa con la misma medicación menos el octinun ya que no han vuelto los dolores, y se agrega canforato de urotropina intravenoso. Una semana después, la mejoría está bien acentuada. Entonces se prescribe hexilresorcinol y 0.30 gms. de atebрина diarios por cinco días. El enfermo se recupera rápidamente y no atiende nuestro consejo de hacer radiografiar sus vías biliares y ponerse en manos de un especialista de Bogotá. Hasta el momento de escribir este capítulo, desde hace más de año y medio, no ha vuelto a tener cólicos, ni diarrea, ni males-tares digestivos y trabaja como en sus mejores tiempos. Sigue aficionado al alcohol”.

“H. No. 15. Noviembre de 1944. Sra. L. M. 27 años. Tiene dos hijas pequeñas. Hay datos de litiasis biliar de un año para acá. La vemos en una crisis típica de cólico hepático, con vómito y febrícula. Desde antes de comenzar la enfermedad ha tenido diversos padecimientos abdominales del tipo colítico; presentó también una ictericia catarral hace año y medio. Es una mujer enflaquecida, de facies tóxico-hepático, ligeramente ictérica. El abdomen es abultado y sensible, el hígado pequeño, la vesícula dolorosa; la anemia y la desnutrición son marcadas. Se hacen las prescripciones urgentes del caso y se ordena un examen coprológico, previo enema evacuador porque hay constipación. Obtenemos este resultado: materias duras y negruzcas con abundantes huevos de áscaris. Después que ha cesado el estado espasmódico biliar, y que la enferma se recobra por el descanso y el sueño, se administra una poción japonesa con XL gotas de esencia de quenopodio. Expulsa más de 25 lombrices gigantes. Se hace luego desinfección y drenaje de las vías biliares y un tratamiento tónico general. Sin embargo, a los pocos días la enferma presenta una crisis diarréica con flatulencia y mucosida-

des; hay anorexia y otros síntomas de la esfera digestiva. La nueva consulta se hace después que pasa todo, y en ella sabemos que, anteriormente, se han presentado accidentes de este tipo, que interrumpen el curso del estreñimiento habitual. Casualmente habíamos tratado una enteritis lambliana, días antes, a una niñita de nuestra paciente. Este recuerdo y los detalles de sus dolencias nos hicieron entrar en sospechas. Inmediatamente le dimos un laxante salino y le pedimos muestras de las deposiciones obtenidas por este medio para investigar Lamblias; pero nuestros esfuerzos no tuvieron éxito. Entonces optamos por hacer un cateterismo duodenal: la bilis B contenía numerosos cardúmenes de Lamblias vegetativas. Sin vacilar instituímos a la paciente dos curas de metoquina, con intervalo de una semana entre una y otra. Los resultados son sorprendentes. La enferma asegura, tiempo más tarde, no haberse sentido tan bien en mucho tiempo”.

El problema de las colecistitis lamblianas constituye la parte más controvertida de la enfermedad producida por este parásito; parece que no se ha llegado a un acuerdo definitivo a este respecto, pues las opiniones que nos ha sido posible consultar están muy divididas, por lo menos en lo referente a la etiopatogenia de ciertos estados catarrales vesiculares que algunos apellidan “angiocolecistitis lambliana” que, en realidad, parecen imputables a la Giardias.

Estando este trabajo enfocado desde el ángulo de la práctica profesional diaria y corriente, las observaciones que presentamos sólo tienen un carácter informativo. Y, en espera de la última palabra sobre el tema, que sea autorizada, apenas si nos es posible meditar acerca de estas historias y de otras parecidas que han referido otros observadores.

Empero, de la inusitada controversia que en este terreno se ha suscitado, parece que debe aceptarse, ciertamente, una colecistitis lambliana. En este sentido se pronuncian MARTIN (3), FERNANDEZ (10) y otras autoridades en la materia, después de haber revisado un gran acervo de trabajos y opiniones y teniendo en cuenta lo observado por ellos mismos. Se ha hecho justicia a las Giardias, abriendo así nuevos horizontes a la clínica y a la terapéutica. CHANTRIOT (26), que ha estudiado muy a fondo el problema, está convencido de que el primer acto patógeno del parásito sería una angiocolecistitis oculta o manifiesta; secundariamente aparecería la enteritis.

No resistimos a la tentación de transcribir las deducciones de Pierre MARTIN, obtenidas de una copiosa literatura consagrada al tema, por parecernos de gran utilidad para todos:

“La *Lamblia* puede, en un sujeto sano o en un crónico, confinarse en la vesícula y los canales biliares, que llegarán a ser, así, verdaderos reservorios del parásito”.

“De allá se vaciará al intestino”.

“La vesícula es un centro inflamable y la *Lamblia* puede ocasionarle trastornos que van, de la simple congestión vesicular con síntomas locales y generales atenuados, hasta la colecistitis grave, con inflamación de los tejidos u órganos vecinos, y aún hasta la hepatitis”.

“Los trastornos hepato-vesiculares pueden ser ocasionados por otros elementos parasitarios o microbianos (amibas, colibacilos, estreptococos, estafilococos, etc.) asociados a las *Lamblias*. Podrán, igualmente, en los casos de hepatitis, tener una causa menos local, que ha sido lógicamente señalada por WESTHPHAL y GEORGI: causando a veces la *Lamblia* graves daños en diversos puntos del árbol intestinal, resultaría de ello una absorción de toxinas en el sitio alterado, las cuales herirían la célula hepática”.

“Desde el punto de vista clínico la *Lamblisis* duodeno-vesículohepática puede manifestarse bajo diferentes formas.... Se han descrito duodenitis por *Lamblias*, colecistitis por *Lamblias*, una hepatitis lambliana, con trastornos gástricos secundarios. Estos últimos se hallan, por lo demás, en la mayor parte de las colopatías”.

“En una palabra, la región subhepática puede reaccionar por entero y ser el sitio de un síndrome de encrucijada que solamente el descubrimiento de los parásitos permitirá indentificar”.

Con respecto a las tres observaciones que siguen, que hemos clasificado como manifestaciones aberrantes de la *Giardiasis*, asumimos una actitud de espectadores, limitándonos a consignar fielmente lo que hemos observado. No obstante, en el capítulo siguiente, ensayaremos una teoría patogénica sobre esas manifestaciones.

Observaciones clínicas.

“H. No. 16. Sr. A. S. 29 años. Casado recientemente. Siempre ha trabajado en oficinas; ahora es empleado de banco. Antecedentes digestivos vagos, antes y después de una amibiasis

aguda que ocurrió cuatro años atrás. El examen coprológico que le practicamos da: algunos huevos de áscaris, pequeños quistes amibianos cuadrinucleados; reacción ácida; almidones y restos de celulosa abundantes y algunas fibras musculares estriadas. Se le prescribe una dosis de hexilresorcinol, un tratamiento anti-amibiano, asociando el carbasone con el sulfonato de sodio-iodo-oxiquinolina para que lo siga por largo tiempo; se agrega una preparación digestiva a base de enzimas pancreáticos. El enfermo mejora considerablemente, pero, preocupado con su parasitismo, exige cuatro meses después un nuevo coproanálisis a ver si está libre de "bichos". Esta vez se hallan algunos huevecillos de tricocéfalos y todavía quistes amibianos. Se le prescriben 60 gramos de látex del *Ficus Labrata* y se le recomienda continuar con el tratamiento anti-amibiano. Seis meses más tarde, después de haber disfrutado de relativo bienestar digestivo apenas interrumpido por dos o tres accesos de pequeña diarrea sin sangre, se presenta nuevamente a la consulta quejándose de un intolerable prurito anal recientemente instalado. El examen del ano y sus márgenes no muestra nada llamativo; se le prescribe alguna medicación sintomática y se le insiste en la importancia de no abandonar el tratamiento de las amibas, agregando, además, una buena cantidad de pasta de Ravaut. Pero el enfermo regresa ocho días más tarde muy alarmado, molesto y deprimido por causa de que el prurito continúa aumentando en intensidad y en frecuencia. Entonces emprendemos la tarea de eliminar cuidadosamente las causas posibles del síntoma (hongos, infecciones piógenas, factores mecánicos, alcoholismo, dieta exagerada de hidratos de carbono, etc.). Sospechando la presencia de *Enterobius* en este parasitado crónico, procedemos a hacer un raspado anal con la torunda N I H descrita por HALL (23); el resultado es desalentador: tampoco se hallan huevos de este parásito, que es una fuente habitual del pruritus ani. Tratamos de tranquilizar al enfermo y, pensando en un factor psicogénico, damos nuevos sedantes y muchos consejos. Sin embargo, lo citamos para dos días después, con el fin de repetir el examen, recomendándole que no se haga ningún aseo del periné. El examen de la nueva muestra es otra vez negativo para oxiuros; pero, en cambio, se halla una buena cantidad de quistes típicos de *Giardia Lamblia* adheridos a la banda de celofán. Este hallazgo nos desconcierta; no tenemos noticia de que en la variada etiología del pruritus ani figure la *Giardiasis*. No obstante, nos decidimos a agotar los recursos y prescribimos 10 centigramos de atebriina tres veces al día por seis días consecutivos. Los resultados son admirables: el pruri-

to mortificante e incómodo empieza a curar desde las primeras dosis y termina por desaparecer en corto plazo. Envalentonados por los resultados, aconsejamos al enfermo que repita la cura después de una semana de descanso. Hasta el presente, este enfermo, a quien vemos frecuentemente, no ha vuelto a ser molestado por semejante incomodidad”.

¿Por qué misterioso y complejo mecanismo obraron las Lamblias para llegar a producir este síntoma? ¿Iría a curar este enfermo con los medios empleados anteriormente y coincidió la curación con la administración de una dosis de atebрина?

“H. No. 17. Julio de 1944. Señorita S. R. de 20 años de edad. Hace cerca de un año fue operada por causa de una apendicitis aguda. Entonces tuvimos ocasión de cuidarla con el doctor A. Durán, quien operó. Fuera de su ataque apendicular, que presentó un cuadro clínico completo, había tenido, de tiempo otrás, algunos desarreglos digestivos ligeros (digestiones pesadas, eructos y, una que otra vez, alguna pequeña diarrea) que interpretamos como dependientes de un estado de tiflitis crónica. La consulta de hoy se hace porque: las incomodidades digestivas no fueron influidas por la operación; algunas veces se han exagerado hasta el punto de producirle accesos congestivos de la cara cuando está en plena digestión; está crónicamente estreñida. Ultimamente, por dos veces, con intervalo de más de un mes entre una y otra, las congestiones se han acompañado de lipotimia y de algunas convulsiones; después queda deprimida, quebrantada y con deseos de llorar. Al examen no se halla señal objetiva de alarma en ningún órgano o aparato. Pensando en pitiatismo investigamos zonas histerógenas, campos de anestesia, estigmas, etc., con resultado negativo. No hay más antecedentes que los referidos y pequeños cólicos menstruales del primer día, pero los períodos y la duración del flujo catamenial son fisiológicos. Decidimos interpretar provisionalmente las cosas como puros fenómenos de parasitismo intestinal, pensando, no obstante, en la posibilidad remota de hiperinsulinismo espontáneo. Se le dió un laxante y se le solicitó una muestra de materias fecales; en ella encontramos algunos huevos de tricocéfalos, abundantes células vegetales y quistes de Giardia Intestinalis. Se le prescribe un vermífugo de hexylresorcinol, el correspondiente purgante y una cura de atebрина. Pero, influidos por la idea de que existiera alguna relación entre sus achaques y algún estado nervioso de ansiedad sexual, instituimos alguna medicación ovariana y sedante y sugerimos anticipar la fecha de su matrimonio en perspectiva. Siguió todos nuestros consejos y prescripciones al pie de la letra y hoy

se halla en magnífico estado de salud, esperando el primogénito”.

“H. No. 18. Señor J. T. 29 años de edad. Casado; con dos hijos. Antecedentes hereditarios buenos. Antecedentes personales: neumonía hace tres años. Fuera de esto la salud anterior ha sido satisfactoria. Profesión: viajante de comercio desde 1939; anteriormente en oficinas. Dos años antes del asma, que es el síndrome central de este caso, empezó a padecer pequeñas diarreas sin causa inmediata satisfactoria, de pocos días de duración y con 4 o 5 deposiciones diarias, que desaparecían sin tratamiento. El asma tuvo desde el principio un origen marcadamente digestivo: gran producción de gases (eructos, flato, tensión abdominal exagerada críticamente); estos antecedentes lo hacían despertar asfixiado, con taquicardia, agitación y nervosismo. Bien pronto aparecieron crisis asmáticas violentas, con ortopnea acompañada de sudoración profusa. Los doctores Durán, Estrada y Bernal cuidaron algunas de las crisis y dicen que eran asmáticas típicas. En distintas localidades diferentes médicos fueron consultados durante los ataques y fuera de ellos. Todos diagnosticaron asma esencial —y a fé que era el diagnóstico—, criptogenética. Durante muchos meses el enfermo llegó a consumir grandes cantidades de tedral, efetonina, asmalicida, suero de Heckel, efedralina, adrenalina en agua y en aceite, lobelina y diferentes pociones con yoduros y belladona. Además de esto, para conseguir algún alivio, el enfermo usó por su cuenta diferentes mejunjes que se anuncian sin escrúpulos por la prensa y la radio. Al principio de la enfermedad el ataque calmaba con los medios habituales; pero también muchas crisis cortas calmaron espontáneamente. En los comienzos del mal los ataques aparecían cada ocho o diez días; después más frecuentemente hasta que se hicieron subintrantes. En septiembre del año 1943 apareció una salva de ataques subintrantes particularmente graves en Venadillo, que se continuaron sin interrupción por cerca de tres días. Esta vez, el médico de la localidad agotó prácticamente el armamentarium terapéutico para estos casos en corto tiempo; llegó hasta hacer respirar al enfermo en una atmósfera de humos broncodilatadores y antiespasmódicos; le aplicó morfina y luego cardiazol y cardiazol-efedrina en vista de que el trabajo cardíaco era desfavorable. El enfermo, ya muy quebrantado, como es natural, desde antes, entró, después de esta fortísima crisis, en un tremendo estado de depresión y de agotamiento. Volvió al Líbano —centro de sus operaciones comerciales— con el organismo profundamente tocado; era un sujeto muy enflaquecido, adinámico,

intoxicado, con el facies verduoso y surcado de arrugas y profundas ojeras; no tomaba ningún alimento ni podía dormir. En ese entonces tosía de manera continua con movimientos espasmódicos, dolorosos y secos; esta tos llegó a producirle afonía e irritación de la garganta. Por las noches sudaba copiosamente y presentaba febrícula. A esto se agregó, para colmo de males, un estado vesicular que no fue sino la agravación de antiguas molestias dolorosas del hipocondrio derecho. El enfermo, creyéndose irremisiblemente perdido ó, al menos, inutilizado de por vida, llegó a pensar en eliminarse; temía estar tuberculoso. La familia convocó a una junta de médicos, los cuales, después de algunas medidas paliativas, aconsejaron hacer algunas radiografías torácicas y le dieron una carta para el doctor Simón Medina, reputado fisiólogo de Bogotá. Este doctor hizo las radioscopias y radiografías del caso, las cuales demostraron que los pulmones no presentaban ningún foco bacilar y que la aorta no estaba dilatada, como se había sospechado. El examen clínico y el radiológico pusieron de manifiesto hígado denso y crecido y puntos cístico y duodenal dolorosos, según recuerda hoy el enfermo. En seguida fue consultado el Profesor Alfonso Uribe quien, después de la sesión clínica del caso, ordenó diversos exámenes de laboratorio, entre ellos uno coprológico. Este demostró la presencia de una enorme cantidad de quistes de *Giardia Lamblia* en la deposición. Hubiera sido interesante conocer el resultado de los otros análisis, particularmente el referente al cuadro hamático, pero el enfermo perdió los boletines de laboratorio. De todas maneras, el Profesor Uribe se limitó a prescribir un régimen hipotóxico y 0.10 gms. de atebрина tres veces por día durante diez días para repetir después de algunos días de descanso. El paciente confiesa hoy, avergonzado, que, sinceramente, se sintió defraudado en sus esperanzas cuando leyó la receta del Profesor. Pero antes de una semana de tratamiento, éste había obrado el prodigio: se suspendieron por arte de encantamiento las atroces crisis de asma; recobró el apetito, durmió y hasta, de modo imprudente —como el enfermo dice— asistió a espectáculos nocturnos en Bogotá. Sin embargo, al regresar al Líbano, una semana después, sufrió una pequeña y corta crisis asmática, que fue la última. Hoy hace más de año y medio que, “a pesar de alguna gripa fuerte”, no padece más del asma, después de 16 meses de continuos sufrimientos, y disfruta de un buen estado general, sobre todo digestivo. Hemos tenido oportunidad de controlar varias veces las heces, con resultado negativo para *Giardias*”.

Después de haber sabido del sonado caso del señor de la

historia anterior, que nos dejó hondamente impresionados, tuvimos ocasión de presenciar de cerca otro caso semejante pero de intensidad pequeña, que fue encomendado a nuestros cuidados médicos. El resumen de la historia es como sigue:

“H. No. 19. Enero de 1945. Niño M. G. de 5 y medio años. El padre lo trae a nuestra consulta por pequeños accidentes de asma bronquial y una diarrea clara, ligeramente mucosa, con inflamamiento del abdomen; muy frecuentemente hay molestias dolorosas y a veces dolores francos del cuadrante superior derecho. Los fenómenos asmáticos o, mejor, asmatiformes, empezaron hace unos 6 o 7 meses y se han repetido, con pequeña intensidad, cada 15 o 20 días; el último ataque pasó hace pocos días. En las familias de los padres no han ocurrido casos de asma, ni eczemas. Al examen se halla un niño desarrollado normalmente, sin focos orales, de buenas carnes pero empalidecido. Solamente se encuentra un abdomen crecido y con gorgoteos en varios sitios. Con especial cuidado examinamos los pulmones y el corazón, sin hallar nada llamativo. Hace justamente un año —en enero de 1944— se le diagnosticó por el laboratorio una Lambliasis asociada a parasitismo por áscaris y tricocéfalos. El médico tratante de entonces se limitó a los vermífugos de rutina. El niño mejoró transitoriamente de las molestias digestivas que habían provocado la consulta, pero luego continuó con ellas y más tarde presentó los fenómenos bronquiales de hoy. Hay datos de urticarias intercalares entre los accesos pseudoasmáticos. El examen coprológico de hoy da: heces diarreicas, oscuras y arenosas, de reacción ácida, que contienen algunos quistes de *E. Coli* y muchos de *Giardia Lamblia*; además, abundantes residuos de feculentos. Se formulan agentes desensibilizantes y antialérgicos: hiposulfito de magnesio inyectado y cloruro de calcio y adrenalina per os; simultáneamente se le dan 0.10 gms. de metoquina simple, diarios, por 6 días. Los resultados son inmediatos y duraderos. Hasta el momento de cerrar este trabajo no ha vuelto a tener trastornos digestivos ni molestias bronquiales”.

Al lado de estos dos casos de asma curados con el tratamiento que suprimió las *Giardias*, hay que colocar las dos historias siguientes, referentes a otras manifestaciones anafilácticas que se habían mostrado rebeldes a los tratamientos rutinarios y que también cedieron con la medicación atebínica.

“Historias Nos. 20 y 21. Febrero de 1945. Niños A. y J. R., de 5 y 3 años respectivamente. Una hermanita menor fue tratada por nosotros de una enteritis lambliana aguda. Acusan trastornos digestivos crónicos pero discretos y de mediana intensidad, que no han influido sobre el estado general. Han sufrido de urticarias frecuentes, que han sido tratadas repetidamente en esta localidad y en la vecina de Armero (de donde procede la familia) sin llegar a un resultado efectivo y satisfactorio. En la niña se han infectado las lesiones del rascado y presenta una piodermatitis banal; el niño se halla muy molesto porque empieza a presentar (por segunda vez en seis meses) un prúrigo que antes se mostró muy rebelde a toda medicación. El examen clínico permite ver niños de apariencia sana y de desarrollo normal, apenas un poco impresionables y nerviosos. Los antecedentes hereditarios son buenos; en la familia no hubo manifestaciones urticarianas o eczemastosas anteriormente. Los coproanálisis revelan *Giardias* quísticas como único parásito en ambos (tres casos en la familia) y fibras conjuntivas y musculares estriadas acompañadas de almidones abundantes en fermentación. El tratamiento antiparasitario del caso, que se complementó con pociones digestivas, cura no sólo las manifestaciones intestinales puras sino el prúrigo, la urticaria y el ectima”.

RESUMEN:

Para ilustrar lo referente a las manifestaciones biliares de la *Giardiasis*, se presentan tres casos de enfermedades vesiculares con ictericia benigna.

Se mencionan las discusiones sobre las colecistitis lamblianas y se transcriben las deducciones obtenidas por Pierre MARTIN sobre el estado actual de la cuestión.

Se presentan 4 observaciones clínicas —3 personales y una del profesor Uribe— referentes a manifestaciones aberrantes de la *Lambliasis* (?), que parecen tener relación con la alergia.

CONCLUSIONES:

Al lado de las manifestaciones enteríticas y colíticas de los parasitados por *Giardia Lamblia*, figuran cuadros vesiculares expresados por colecistitis benignas del tipo catarral.

Parece también que algunas manifestaciones que simulan

litiasis biliar entran en el cuadro de las angiocolecistitis lamblianas.

Por último, en los lamblianos se pueden observar cuadros alejados de las manifestaciones ordinarias de la enfermedad, quizás de naturaleza anafiláctica o alérgica, que van desde la urticaria simple hasta estados asmáticos a veces graves.

VI

ETIOPATOGENIA

VI

ETIOPATOGENIA

Como afirma categóricamente Ch. GARIN (7), el papel patógeno de las *Lamblias* ya no se discute más.

Esto en lo referente, por lo menos, a los trastornos intestinales ya descritos atrás.

¿De qué modo obra este flagelado para ocasionar un cuadro intestinal tan claramente individualizado en la clínica?

Como los parásitos proliferan en número muy crecido en la porción alta del yeyuno-íleon y aun en el duodeno, STITT (9) cree que los trastornos dependen del obstáculo que constituyen para la absorción intestinal, al formar una capa aislante sobre la mucosa del intestino. Su *modus operandi* sería puramente mecánico. Otros han probado que la *Giardia* es capaz de producir erosiones y aún ulceraciones de la mucosa entérica. FARISE Y JACQUOT (27) vieron en una célebre autopsia que las *Giardias* habían penetrado hasta la submucosa y allí habían proliferado. Diversos animales de laboratorio, utilizados por muchos investigadores, presentan siempre lesiones anatomopatológicas serias del intestino y otros órganos adyacentes cuando han sido inoculados con *Giardias*. Los gatos de PELAEZ (4) murieron todos de la enfermedad lambliana.

Las heridas de la mucosa intestinal se infectarían secundariamente, lo que produciría inflamación. La reacción inflamatoria se manifestaría por aumento del peristaltismo y de las secreciones, con producción de moco; consecuentemente habría una disminución de la absorción. Así se tendrían constituidos los elementos patogénicos de la diarrea lambliana.

Naturalmente, como piensa FERNANDEZ (10), en un medio intestinal muy séptico se exaltan ambos factores —el parasitario y el microbiano—; y es a esta simbiosis a la que se deben los cuadros más serios, que suelen dejar lesiones orgánicas inmodificables por el tratamiento.

Nos ha parecido particularmente interesante la concurrencia, sobre todo en los niños, de un factor carencial, que agrava la Giardiasis, quizás facilitando los brotes reproductivos del parásito. Los chilenos, especialmente, llaman la atención sobre esta eventualidad. COSTA (11) encontró que cerca de la mitad de las Lambliasis presentaban un cuadro de distrofia grave o de síndrome carencial.

La asociación con otros parásitos hace manifiesta la enfermedad latente o agrava la ya declarada.

El procedimiento de MELTZER-LYON ha sido utilizado para estudiar in vivo, en el hombre, los estados duodenales y vesiculares. El acuerdo a que se ha llegado ya sobre la duodenitis y colecistitis Lamblianas se debe, en gran parte, al empleo de dicho método de exploración. Pero si bien es cierto que la etiología Lambliana de algunos de estos cuadros mórbidos está ya aceptada, la interpretación patogénica de ellos es todavía controvertida.

En el árbol biliar, que tan sensible es a los agentes irritantes, hallarían las Lamblias un mejor medio de vida que en el intestino delgado, por la mayor alcalinidad y fluidez de la bilis. Cuando las Lamblias han proliferado suficientemente en los receptáculos de la bilis, actúan por su gran número, de una manera mecánica, sobre las paredes de la vesícula y los canales; estos órganos al fin reaccionan ante este contacto irritante, continuo y sostenido, para dar estados catarrales. La bilis se carga, como dice LABBE (28), de leucocitos y filamentos de moco, sobre los cuales se aplican los parásitos. ¿Por qué, cuando llega a haber grumos leucocitarios y suficientes filamentos no pueden obstruirse con ellos los canales biliares? Este mecanismo sería aún más posible en los sujetos colelitiásicos.

ANZOLA (20) ha insistido sobre el papel de las duodenitis parasitarias como factores etiológicos del síndrome cólico hepático; es muy sugestiva la cifra de 30% que halló para Giardiasis en el contenido duodenal de pacientes que habían presentado antecedentes y síntomas evidentes de cólicos hepáticos y que, sin embargo, como se comprobó con las operaciones, no tenían cálculos. Según esto, es posible que la Giardiasis de los enfermos presentados en nuestras historias Nos. 14 y 15 hubiera sido la causa de sus cólicos hepáticos y por esto mismo curaron con la atebрина.

Para explicar la patogenia de los dos casos de asma Lambliana que presentamos en las historias Nos. 18 y 19, podría invocarse la vieja teoría de las asmas reflejas, atribuidas a una irritación de las terminaciones del vago. En ambos casos el punto de partida del reflejo —la “espiná irritativa”— estaría en la vesícula, crónicamente afectada, de estos enfermos o, simplemente, en alguna erosión intestinal. Pero nos parece más plausible creer en un asma de “origen humoral”; es decir, interpretar estos casos como dependientes de las múltiples manifestaciones de la alergia. Igual interpretación es aplicable a los casos de los dos niños de las historias 20 y 21, que presentaban urticaria y prurigo. De la misma manera es posible que los accidentes congestivos postprandiales de la señorita de la historia No. 17 tengan que ver con un choque hemoclásico; pero hemos meditado sobre si este caso y el del señor del prurito anal pudieran obedecer a una acción refleja o, porque, como dice PENSO (29), las Lamblías elaboran un tóxico neurotrópo, que quizás sea el causante de estos fenómenos nerviosos. Sea de ello lo que fuere, insistiendo sobre un mecanismo alérgico, se puede suponer que el alérgeno, en todos estos casos, esté representado por alguna sustancia de naturaleza proteica, fabricada por las Giardias, que entra en circulación a través de una mucosa digestiva previamente alterada por los parásitos. Empero, esta sustancia, así como la toxina de PENSO, no ha sido aislada. Tal vez el día en que lleguen a cultivarse las Lamblías se puedan encontrar.

Así pues, es más simple y más cómodo suponer que el alérgeno es de origen alimenticio. La digestión en los lamblianos, sobre todo en los crónicos, está siempre alterada y la mucosa intestinal de estos enfermos falla en su integridad anatómica. De modo que muy bien pueden pasar a la circulación, como en otros casos, partículas de proteicos no ingeridos o insuficientemente degradados en su arquitectura molecular. Entonces, ¿por qué la atebrina va a terminar con estas manifestaciones alérgicas? Es porque al destruir las Lamblías se acaba con la fuente de alérgeno producido por ellas, o porque la desaparición del parásito restablece la fisiología digestiva?

RESUMEN:

Se citan algunas de las interpretaciones patogénicas de los síntomas producidos por Giardia Lamblia en el tracto digestivo. Se intenta explicar el mecanismo de producción de cuadros ale-

jados de la esfera de influencia digestiva en la Giardiasis, especialmente lo tocante a urticaria y asma.

CONCLUSIONES:

La patogenia de la diarrea Lambliana está ya aclarada. Parece estar próximo el acuerdo en cuanto a la interpretación patogénica de las colecistopatías imputables a las *Giardias*.

Las manifestaciones alejadas del tracto digestivo permanecen sin explicación.

VII

EL TRATAMIENTO

Por mucho tiempo se consideró que la *Giardia* era el único protozoo refractario a toda terapéutica. Con los numerosos medios empleados sólo se conseguían mejorías pasajeras. Una de las dificultades consistía en que la *Giardia* no sólo estaba en la superficie sino en la profundidad de los tejidos; por otra parte, en el interior de los receptáculos biliares, escapaba a la acción local de los medicamentos que obraban en la luz intestinal.

El hecho de haberse usado una larga lista de productos de todas clases prueba la ineficacia de todos ellos. Los más socorridos fueron los arsenicales, los bismúticos, el azufre y la trementina; pero también fueron ensayados el yatrén, el timol, el benzo-metacresol y otros. Se usaron todas las vías de administración.

Uno de los procedimientos que dieron mayor esperanza era la instilación duodenal de una solución de neosalvarsán por medio de la sonda de Einhorn.

No fue sino hasta 1937 cuando se descubrió el medicamento específico. Es éste un derivado de la acridina, llamado Atebrina (Quinacrina de los franceses), cuya contextura química se expresa por esta fórmula: Diclorhidrato de 2 — metoxi — 6 — cloro — 9 — a — dietilamino — 8 — pentilamino — acridina.

En aquel año, los estudios experimentales de BRUMPT (30) demostraron que una solución del colorante acridínico al 1% curó el 80% de los animales infestados por *Lamblia*. Poco después los argentinos GALLI-VALERIO y BACIGALUPO (31) emplearon la Atebrina por vía oral en enfermos atacados de *Lamblisis*, con sorprendente éxito. Después de estas observaciones preliminares se han repetido multitud de comunicaciones científicas que confirman la alta eficacia de la droga en todas las manifestaciones de la *Giardiasis*. Hoy se considera la

Atebrina como la droga específica contra esta parasitosis. Su uso fue introducido a Europa por P. MARTIN (32).

La eficacia terapéutica del producto original incitó a los químicos de la Casa Bayer a introducir algunas modificaciones en la molécula con el fin de reforzar la acción anti-giardiana. Fue así como surgió el Acranil-sostol o simplemente Acranil, que es el Diclorhidrato de clorometoxiacridilaminodietilamino-propanol (10).

Nosotros estuvimos utilizando en nuestros enfermos primeramente la Atebrina Bayer. Pero con motivo de las dificultades que trajo la guerra, el producto escaseó. Entonces usamos la Metoquina Winthrop, cuya fórmula química no difiere considerablemente de la anterior; es el Diclorhidrato de 7 — metoxi — 3 — cloro — 9 — (1 — metil — 4 — dietilamino) butilamino — acridina.

Con la Metoquina se obtienen exactamente los mismos resultados satisfactorios que con la Atebrina, según se desprende de nuestra experiencia. En igual sentido informa de Cartagena, recientemente, ANGULO (33).

La vía comunmente usada es la oral. Pero MANSON-BAHR (6) asegura también que es eficaz en inyecciones subcutáneas en forma de musonato.

La dosificación fue esquematizada por CAIN, COTTAN y SIKORAV (34): Durante 5 días se dan al enfermo 3 comprimidos diarios de 0,10 gms. en medio de las comidas; habría interés en repetir esta cura dos o tres veces con intervalo prudencial. Sin embargo, esta norma está sujeta a pequeñas variaciones indicadas por el curso de los acontecimientos y, sobre todo, según la tolerancia y el resultado de los coproanálisis.

Aunque el producto es poco tóxico, siempre es bueno tener en cuenta que durante el tratamiento pueden presentarse desde incidentes sin importancia hasta verdaderos accidentes que, por fortuna, no parecen graves. Algunos enfermos adquieren un color amarillo de la piel que a veces dura semanas (v. hist. No. 22); otros acusan náuseas y vértigos. En nuestra experiencia tenemos un caso de intoxicación pasajera que ocurrió en un niño, cuya historia clínica es la siguiente:

“H. No. 22. Septiembre de 1944. Niño N. C. De 8 años. Historia de intensas diarreas de repetición desde tres años atrás. Muy tratado hasta por homeópatas después que los a-lópatas de la localidad no pudieron mejorarlo. Llama a primera vista la atención el que, a pesar de ser un estado crónico y relativamente severo, el estado general se conserva satisfactorio; el facies, sobre todo, es inteligente y vivo. Sufrió hace tres

meses una ligera ictericia catarral en medio de un recrudecimiento de la enteritis. El examen coprológico da este resultado: Trofozoitos y quistes de Giardia, abundantes; unos pocos huevos de tricocéfalo; jabones alcalinos y almidones, muy abundantes; cristales de Charcot-Leyden. Se prescriben fermentos amilolíticos, estimulantes de la secreción biliar y 0,15 gms. de metoquina simple al día durante seis días. Una semana después el estado intestinal ha mejorado considerablemente, pero el niño está intensamente teñido de azafrán en todos los tegumentos y mancha la ropa con un sudor amarillo intenso. Cuatro días después somos llamados de urgencia a la casa porque el niño ha presentado fenómenos nerviosos que impresionan a la familia: marcha cerebelosa típica, pequeña claudicación del miembro inferior derecho; el niño no habla, está muy deprimido y ha tenido crisis de llanto; estos accidentes fueron precedidos por vómito, temblor y xantopsia. Con la convicción de que se trata de fenómenos tóxicos originados por intolerancia ante la metoquina, tranquilizamos a la familia y decimos que es un accidente pasajero. Sin embargo, estamos inquietos y creemos que, quizás, la dosis de metoquina ha sido alta. Prescribimos una cura de desintoxicación por medio de derivados, bebidas abundantes, dosis fuertes de tiamina y ácido ascórbico, quietud y tranquilidad. Seguimos observando diariamente al niño, quien rápidamente va recobrando la palabra y la normalidad de la marcha. En una semana todo entra en orden; los tegumentos, no obstante, se han desteñido poco”.

Entre nuestros casos creíamos haber tenido un fracaso con la Metoquina. Pero a última hora parece que los posibles fracasos se deben al modo de administración de la droga. En efecto, como se desprende de la historia siguiente, es posible que algunos enfermos expulsen las pastillas enteras con la deposición; en este caso no habrá acción terapéutica.

, “H. No. 23. Mayo de 1945. Niño J. P. 3 años. Ha sido sano y sus antecedentes hereditarios son buenos. Hace dos semanas presentó ligera diarrea: 2 a 3 deposiciones diarias, lientéricas, con grumos mucosos, amarilla ocre; el abdomen se infló y ha estado expulsando muchos gases. Ha conservado el apetito y está bien nutrido. El coproanálisis pone de manifiesto una deposición pastosa con los caracteres ya anotados, de reacción alcalina y olor pútrido, que contiene numerosos quistes de Giardia y muchos almidones sin digerir. Se le prescriben 5 centigramos de Metoquina al día por 5 días. Una semana después

él padre informa que el niño sigue tal como antes. Muy sorprendidos por este primer fracaso en los numerosos casos tratados, pedimos otra muestra de la deposición y comprobamos que, si bien es cierto que la cantidad de quistes parece haber mermado, ellos no han desaparecido. Pero dió la circunstancia afortunada de que en esos días llegó a la localidad un agente de la Casa Winthrop, fabricante de la Metoquina, quien nos informó que había casos en que la Metoquina no se absorbía y la pastilla era arrojada entera. Entonces aconsejamos a la madre de nuestro enfermito repetir la cura, teniendo el cuidado de hacer pulverizar la dosis. Esta precaución, en efecto, bastó para que el niño J. P. curara de su Giardiasis”.

RESUMEN:

Se pasa una rápida revista a los medicamentos utilizados contra las Giardias antes de empezar el empleo de la Atebrina por los argentinos.

Se citan los derivados de la acridina usados en el tratamiento de esta parasitosis.

Se presentan dos historias referentes, una a los accidentes que observamos en un caso y otra a un falso fracaso de la medicación.

CONCLUSIONES:

Actualmente existen sustancias derivadas de la acridina, que son consideradas como específicas en la Lambliasis.

Ellas son: la Atebrina, la Metoquina y el Acranil.

Aunque son inocuas en general, debe recordarse que su uso no está exento de incidentes pasajeros y de pequeños accidentes que no parecen ser graves.

Finalmente, es de aconsejar la trituración o pulverización de las pastillas para su ingestión, a pesar de su sabor amargo, ya que parece posible que en algunos casos las pastillas enteras son expulsadas sin haber producido el efecto deseado.

BIBLIOGRAFIA

- (1) E. BRUMPT: *Precis de Parasitologie*. Paris. 1927.
- (2) KOLMER & BOERNER: *Métodos de Laboratorio Clínico*. New York. 1943.
- (3) PIERRE MARTIN: *Les Colites Amibiennes, les Colites á Lamblias, les Colites á trichocephales*. Paris. 1936.
- (4) PELAEZ MEJIA ALFONSO: *Contribución al estudio de la Giardiasis*. Tesis de grado. Bogotá. 1934.
- (5) HELO JORGE: *Conferencias de Parasitología dictadas en la Facultad de Medicina de Bogotá en 1940*. Apuntes personales.
- (6) MANSON-BAHR FELIPE H.: *Enfermedades Tropicales*. Ed. esp. Salvat. 1942.
- (7) GIART, GARIN et LEGER: *Médecine Coloniale. Maladies des Pays Chauds*. Paris. 1929.
- (8) BELTRAN ENRIQUE: *Art. Bol. Of. San. Pan. Abril 1938*.
- (9) STITT'S DIAGNOSIS PREVENTION AND TREATMENT OF TROPICAL DISEASES. Sixth Ed. 1943.
- (10) FERNANDEZ FIDEL: *Parasitosis Int.* Salvat. 1942.
- (11) COSTA ALFONSO: *Indice de infest. por Giardia L. en el medio hospitalario*. Arch. del Hos. Roberto del Río de Santiago de Chile. T. XI No. 1. Mzo. 1943.
- (12) DE LA MAZA, BARROSO Y COSTA: *Dat. Bol. Of. San. Pan. Abr. 1944*.
- (13) CALVO FONSECA: *Dat. Bol. Of. San Pan Febr. 1942*.
- (14) FERMOSELLE Y BRENES: *Dat. Bol. Of. San. Pan. Abril 1938*.
- (15) GROOT HERNANDO: *Frec. de los paras. intest. en los enf. del Hosp. S. J. de D. de Bogotá*. Rev. de Med. y Cir. Dbre. 1937 y Enero de 1938.
- (16) RESTREPO ALONSO: *Contr. al est. de las paras. int. en el Valle de Medellín*. Bol. Clin. Novbre. - Dbre. 1939.
- (17) GONZALEZ DELGADO HORACIO: *Tesis de grado*. Medellín. 1930.
- (18) DOMINGUEZ P. RAFAEL: *Paras. ints. (estad.) en Pereira y sus in-med.* Rev. Med. Bogotá. 1918. Nos. 429 a 432. (Cit. por Restrepo).
- (19) PATINO CAMARGO LUIS: *Helmintiasis y Protozoosis en Colombia*. Rev. Fac. Med. Febr. 1940. Bogotá.
- (20) ANZOLA CUBIDES HERNANDO: *Duodenitis Parasit. como fact. etiol. del sindr. col. hep.* Páginas Médicas No. 2 — Oct. 1939. Bogotá.
- (21) SARMIENTO PEDRO J.: *Conf. de Clin. Trop. en la Fac. de Med. de Bogotá*. 1941. Apuntes personales.
- (22) BARROSO CID EZEQUIEL: *Lambl. en la Inf. Est. Clin. y Terap.* Archiv. del Hosp. R. del R. para niños. Santiago - Chile. T. XI. N. 1. 1943.
- (23) HALL, Cit. en Art. s. oxiur. del Bol. Med. Cient de la C. Lilly. Novbre. Dbre. de 1943.
- (24) DE MURO: Cit por Stitt.

- (25) GOIFFON: Cit. por Martin.
- (26) CHANTRIOT, Cit. por Fernández, Martin y Peláez.
- (27) FARISE Y JACQUOT, Cit. por Stitt, Martin y Fernández.
- (28) LABBE, Cit. por Fernández.
- (29) PENSO, Cit. por Fernández.
- (30) BRUMPT. Cit. por J. S. D'Antonio en un art. del New Orleans Medical and Surgical Journal de febr. 1940. Repr. en Gacetilla Bayer de Bogotá. Dbre. 1940.
- (31) GALLI-VALERIO Y BACIGALUPO JUAN, Cit. por Barroso y por Carrier y Périer. (22) y La Pat. Dig. Le Monde Médical. Jun. 1939.
- (32) P. MARTIN: Traitement de la Lamblíase par la quinacrine. Soc. Hyg. Med. Trop. de Paris. Fevr. 1938.
- (33) ANGULO P. MANUEL: Trat. de la Giard. con los deriv. de la acrid. Horiz. Med. México D. F. Dbre. 1941.
- (34) A. CAIN, R. COTTAN et H. SIKORAV: Trait de la Lamb. intest. par la quinacr. Arch. des mal. de l'app. dig. Avr. 1938.

El Libano, agosto de 1945.

HOSPITAL DE SAN JOSE
LIBANO (Tolima)

Como Director del Hospital "San José" de la localidad,

HAGO CONSTAR:

Que los trabajos de laboratorio y observaciones clínicas que figuran en la tesis de grado del señor Julio Vélez Márquez, fueron ejecutados en el Laboratorio de este Hospital —la mayor parte— siendo las otras observaciones del material de la clientela particular del señor Vélez. Por lo que al Hospital se refiere, los trabajos son auténticos. — Las observaciones particulares del citado señor Vélez han sido conocidas por mí, y en algunas de ellas he intervenido profesionalmente.

Dr. ARTURO DURAN D.

Líbano, 18 de agosto de 1945.

Instituto Nacional de Cancerología



INC002164