

11237
Zes
61



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL D. D. F.
SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN PEDIATRIA MEDICA**



AMIBIASIS INTestinal EN EL RECIEN NACIDO

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :
DR. RAMON JIMENEZ HERNANDEZ
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA MEDICA

DIRECTOR DE TESIS:
DRA. EMMA MANIFACIO RODRIGUEZ

1 9 8 4





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

1.- HISTORIA	1
2.- DEFINICION	1
3.- GENERALIDADES	2
4.- JUSTIFICACION	6
5.- HIPOTESIS	7
6.- MATERIAL Y METODOS	8
7.- RESULTADOS	9
8.- GRAFICAS	12
9.- DISCUCION	32
10.- CONCLUSIONES	35
11.- BIBLIOGRAFIA	37

HISTORIA:

Desde la época de Hipócrates ya se menciona la amibiasis como "disenteria" (1). Sin embargo se le atribuye a Wilhelm Lambl el haber logrado observarla y correlacionar la amiba con cuadros de disenteria (2). Pero no es sino hasta 1875 cuando Fedor Aleksandrevitch Lesh afsla la amiba de pacientes con disenteria y reproduce la enfermedad al realizar inóculos en perros (3, 4).

En 1891, Councilman y Lafleur presentan la primera monografía anatómico-clínica de esta enfermedad (5). La diferenciación entre trofozoito y quiste, así como, la característica de ser patógeno e infectante se debe a Quincke y Roon (1).

Con respecto a antecedentes de esta parasitosis en México, tenemos una amplia información en la: "Bibliografía mexicana del abceso hepático amibiano". (6)

Tenemos además antecedentes que el primer tratamiento utilizado fue con quinina, por Lesh, en 1875 (3). Así como durante este siglo se descubren los efectos benéficos de la emetina, esto es en 1912 y más tarde la cloroquina, en 1948; y la dehidroemetina en 1959, así como recientemente el metronidazol, esto fue en 1966.

DEFINICION:

Es una enfermedad cosmopolita, con mayor incidencia en regiones tropicales y subtropicales con bajos niveles socioeconómicos y deficientes medidas de sanidad ambiental y cuya alimentación es deficiente en calidad.

GENERALIDADES:

La *E. histolytica* tiene como a su principal reservorio - al hombre y al perro (7) y estos mismos la fuente de infección, lleván dose a cabo la transmisión por medio del agua, utensilios o alimentos contaminados con materia fecal, por medio de los quistes de *E. histolytica*.

Con período de incubación que varía de 1 - 5 días, así - como un período de transmisión muy amplio, ya que hay portadores sanos teniendo una gran importancia el círculo vicioso ano - mano - boca (8)

Es más frecuente en el sexo masculino y en individuos - mal nutridos.

Con presencia de una zona endémica entre el paralelo 40 norte y 30 sur. Refiriéndose que aproximadamente el 27 por ciento de - la población de México presenta esta parasitosis y siendo agente productor de diarrea en una frecuencia que varía del 2.1 por ciento al - 19 por ciento (9, 10).

La *E. histolytica* se encuentra en 3 etapas; trofozoito - prequiste y quiste.

El trofozoito mide entre 10 - 15 micras, es hematofago, se desplaza por medio de pseudópodos, tiene un núcleo redondeado con - cromatina periférica. La presencia de forma prequística se presenta - cuando el medio ambiente que le rodea le es desfavorable y más tarde - adopta la forma de quiste, con un tamaño de 10 - 15 micras y con tetra núcleo, reproduciéndose en el núcleo por división binaria (11, 12).

El quiste es la forma infestante y el trofozoito es la - forma invasora.

Se mencionan diversos factores para que se produzca la - enfermedad como son; virulencia, producción de enzimas proteolíticas, disminución del potencial de oxidación-reducción de la flora local intestinal y otros más (13, 14, 15).

Las lesiones anatómo-patológicas varían desde pequeñas úlceras del tamaño de la cabeza de un alfiler, hasta las clásicas úlceras en "botón de camisa", y en ocasiones con presencia de grandes zonas ulceradas, que presentan necrosis de la mucosa y submucosa y presencia de esfacelación de las capas musculares (11, 16).

Con respecto al cuadro clínico, es decir la signología y sintomatología, ésta se refiere en ocasiones como de forma inespecífica, sin embargo por frecuencia tenemos: evacuaciones diarréicas y que se acompañan de moco y sangre, ataque al estado general, en ocasiones acompañándose de fiebre, náuseas y vómitos, así como presencia de dolor abdominal y con marco cólico palpable, distensión abdominal y al tacto rectal sensación de acartonamiento (10, 11, 17, 18).

El diagnóstico de amibiasis intestinal se debe realizar tomando en cuenta la historia clínica del padecimiento, como por la visualización directa del trofozoito, esto es por medio de la técnica de platina caliente o más recientemente por medio de la técnica de Olarte consistiendo ésta en toma de material fecal por medio de una cucharilla de vidrio en solución salina a 3% y visualización inmediata en el microscopio. Hay otros métodos más sofisticados como sería el cultivo de la *E. histolytica* o por medio de serología por hemaglutinación indirecta. Un método también poco usual es la rectosigmoidoscopia, con visualización directa de mucosa del colon, observándose las lesiones ulcerosas de características ya comentadas previamente (16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25).

Actualmente se está tratando de determinar la posibilidad de crear una vacuna anti-amiba, basándose estos estudios en la observación que la amiba es capaz de desarrollar o mejor dicho producir una reac-

ción de antígeno - anticuerpo, estando estos estudios todavía en fase de experimentación.

Actualmente el manejo de elección de esta parasitosis, a nivel de compromiso intestinal es el metronidazol, y cuando existe presencia de amibiasis extraintestinal se prefiere el manejo mixto con metronidazol y dehidroemetina, esta última se prefiere sobre la emetina, porque son menos frecuentes sus efectos secundarios. En los individuos portadores sanos se utiliza de preferencia la diyodhidroxiquinolónina. (11).

Los antecedentes que hemos desglosado anteriormente, han sido obtenidos de estudios o mejor dicho de experiencias a partir de una población de enfermos lactantes, preescolares o escolares, sin embargo nos llama la atención la falta de reportes acerca de la frecuencia de esta parasitosis a nivel del recién nacido, siendo estos reportes aislados.

Los primeros reportes que encontramos se remontan a inicios de la década de los setentas, en donde se hace hincapié en proteger los enfermos de medio socioeconómico bajo y deficientes hábitos higiénico - dietéticos, y que han sido privados del seno materno para ser alimentados con biberón (26, 27, 28).

Siendo el reporte más reciente que encontramos del año de 1976, en el cual se hace mención importante de la amibiasis intestinal no activa al momento de diagnosticarse absceso hepático amibiano, en un recién nacido de 23 días, habiendo ameritado drenaje quirúrgico el absceso hepático (29).

Al mismo tiempo se refiere en los pocos casos reportados la ausencia de complicaciones secundarias al cuadro enteral, habiéndose realizado el diagnóstico y tratamiento en forma rápida y eficaz.

Estudios relativamente recientes han reportado la presencia de anticuerpos maternos del tipo de la IgG, así como de inmunidad de tipo celular, desencadenada por la *E. histolytica*, capaces de atravesar la barrera placentaria y detectarse niveles altos de los mismos en neonatos y presentar una disminución paulatina de los mismos, pero que sin embargo se llegan a detectar hasta la edad de tres meses, sin embargo, hasta el momento no se ha logrado determinar su papel protector contra esta parasitosis en los individuos recién nacidos (30, 31).

De tal forma que en la etapa de recién nacido se consideran como principales agentes productores de cuadro enteral a las bacterias Gram negativas y de éstas principalmente a la *E. coli* y en segundo término las causadas por agentes virales, así como también deficiente técnica alimenticia o trastorno de tipo enzimático del tubo digestivo como sería la deficiencia de lactasa, y no pensando como causa primaria sino como una opción rara a la parasitosis por *E. histolytica*.

J U S T I F I C A C I O N ,

Durante nuestra estancia por las unidades - hospitalarias de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito - Federal, hemos observado con relativa frecuencia la presencia de cuadros diarréicos secundarios a etiología parasitaria por *E. histolytica* la cual no se sospechó de primera intención, teniendo algunos de estos casos un desenlace fatal.

Estas experiencias previas nos despertaron el interés por conocer la frecuencia y características de esta parasitosis en nuestras unidades hospitalarias, que se vio reforzado este interés ante los pocos reportes bibliográficos que encontramos.

H I P O T E S I S:

Consideramos que si bien las principales causas de diarrea en el periodo de recién nacido son las bacterianas y virales - las condiciones socioeconómicas actuales de la mayoría de nuestra población se han deteriorado en forma importante y aunado a esto, la - presencia de hacinamiento y deficientes hábitos higiénico - dietéticos además de deficientes servicios urbanos y ausencia de medidas sanitarias han ocasionado una elevación en la frecuencia de amibiasis intestinal en el periodo de recién nacido.

MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron a recién nacidos independientemente de su edad gestacional, es decir prematuros o a término y como máximo de edad postnatal de 30 días, que ingresaron a nuestros hospitales por presentar cuadro diarreico o presentar durante su estancia intrahospitalaria esta patología.

Al mismo tiempo, como antecedente de importancia se investigo antecedentes familiares de parasitosis intestinal, tipo de parto, lugar de atención del parto y tipo de alimentación utilizada es decir, alimentación al seno materno o biberón.

Con respecto al cuadro enteral se investigó edad al iniciar la enfermedad, duración de la misma y tiempo transcurrido entre el momento de su hospitalización y diagnostico de la enfermedad, y características propias del cuadro enteral.

Para el diagnostico de parasitosis por *E. histolytica*, se baso en la identificación del trofozoítido de este parásito.

Para tal fin se utilizo la técnica de Olarte, utilizandose microscopio bifocal de luz, laminillas, cucharillas de vidrio, tubo de ensaye y solución salina. El lapso transcurrido entre la toma de la muestra y su lectura fué inmediato. Para descartar la presencia de amibiasis intestinal se requirio de siete tomas de materia fecal con lectura negativa.

Y finalmente se detectaria manejo establecido y presencia de complicaciones agregadas a la parasitosis intestinal.

Los resultados obtenidos se representarian por medio de graficas en forma de sectores o barras.

RESULTADOS:

La frecuencia de esta parasitosis en la etapa neonatal - fué poco frecuente, ya que solamente detectamos solamente 11 casos; de estos la mayor frecuencia fué la tercera semana de vida con 7 pacientes (64.4%), la segunda semana solamente detectamos un caso (9.9%) y la cuarta semana 3 casos (27.2%). Fig 1-2.

El tiempo transcurrido entre su ingreso a hospitalización y el diagnóstico de la enfermedad fué variable, pero el mayor número - fué al segundo día de estancia con 5 casos (45.5%), al cuarto día se - detectaron 3 casos (27.7%) y al quinto día fuerón 2 casos (19.8%), y - finalmente solamente un caso fué detectado hasta el octavo día de estancia intrahospitalaria (9.9%). Fig 3.

La duración del cuadro enteral fué menor de 15 días, con - cuatro casos con menos de una semana (36.3%) y 5 casos con duración - mayor de una semana (45.4%), en dos casos se desconoció el tiempo de - duración del cuadro enteral (19.8%). Fig 4.

No fué determinante el sexo, ya que la diferencia fué mínima, habiéndose encontrado cinco pacientes del sexo masculino (45.4%) y seis del sexo femenino (54.5%). Fig 5.

Solamente en tres pacientes se obtuvo el antecedente de para sitosis intestinal compatible con amibiasis, en miembros de la familia. (27.2%). Fig 6.

Con respecto a la presencia de servicios urbanos intradomi- ciliarios (agua entubada, drenaje, servicio de limpia) solamente en - tres pacientes se refirió su falta y en los restantes ocho casos, con- taban con estos servicios, es decir 27.2%) y 72.7% respectivamente. Fig 7

Con respecto al número de gestación, se observó que la ma-

yoría provenía de familias "grandes", en un caso fué producto de la primera gestación (9.9%), entre el número de gestación tercero, cuarto y quinto hubo tres pacientes en cada caso (27.7%) y solamente un recién nacido era producto de la octava gesta (9.9%). Fig 8.

No se recolectó el antecedente de contaminación del producto, es decir, del recién nacido con materia fecal durante el periodo - expulsivo del parto.

Paradójicamente el mayor número de pacientes tuvo antecedente de parto atendido en medio hospitalario, representando el 64.4% y solamente un 36.3% con parto atendido en su domicilio. Fig 9.

Al mismo tiempo, se observó mayor incidencia en aquellos recién nacidos que eran alimentados con biberón, cuatro pacientes fueron alimentados exclusivamente con leche industrializada (36.3%), tres con alimentación mixta, es decir, seno materno y biberón (27.2%) y en cuatro casos solamente recibían alimentación al seno materno. Fig 10

La principal complicación que se presentó fué el desequilibrio hidroelectrolítico, siendo esto en ocho pacientes (72.7%), aunque en algunos pacientes se sospechó componente bacteriano no se comprobó, por lo que no se tomó en cuenta para el estudio. Fig 11.

El manejo utilizado fué principalmente con medidas higiénico dietéticas y soluciones parenterales, así como tratamiento específico con metronidazol, habiéndose agregado antimicrobianos en algunos casos, pero como ya se mencionó previamente no fué corroborado la presencia de componente bacteriano. Fig 12.

Las características de las evacuaciones fueron principalmente mucosas aguadas, habiendo estado presentes en todos los pacientes y solamente en cinco fueron mucosanguinolentas (45.4%); al mismo -

tiempo se caracterizo por presentar más de cinco evacuaciones en 24 horas (72.7%), siendo esto mostrado en la figura 13.

El mayor número de casos fué detectado el primer trimestre del año con cuatro (36.3%), en el segundo trimestre tres (27.2%), en el tercer trimestre dos (19.8%) y en el cuarto trimestre dos (19.8%)
Fig 14.

Para la detección de la *E. histolytica*, en siete casos se requirió solamente la toma de dos muestras (64.6%), en dos casos de una muestra (19.8%) y en un caso solamente detectamos el parásito hasta la tercera muestra (9.9%).

No fueron detectadas defunciones secundarias a esta parasitosis o complicaciones secundarias a la misma que tuvieran desenlace fatal.

CASOS	EDAD DIAS	INICIO ENF. DIAS	DIAGNOSTICO HOSPITALARIO DIAS
1	24	19	2
2	25	18	2
3	32	19	2
4	23	22	5
5	29	20	2
6.	26	16	4
7	28	27	2
8	28	18	4
9	20	17	4
10	35	24	8
11	16	9	5

CUADRO 1

Edad del paciente al ser captado para el estudio, así como edad del paciente al iniciar su enfermedad, y edad intrahospitalaria cuando se realizó el diagnóstico.

CASOS	GESTACION	PARTO	LUGAR DEL PARTO
1	5	EUTOCICO	DOMICILIO
2	4	EUTOCICO	HOSPITAL
3	3	EUTOCICO	HOSPITAL
4	4	EUTOCICO	HOSPITAL
5	3	EUTOCICO	DOMICILIO
6	1	EUTOCICO	HOSPITAL
7	3	EUTOCICO	HOSPITAL
8	8	EUTOCICO	HOSPITAL
9	5	EUTOCICO	DOMICILIO
10	4	EUTOCICO	HOSPITAL
11	5	EUTOCICO	DOMICILIO

CUADRO 2

Nos indica número de gestación del paciente tipo de parto que tuvo y el lugar de atención del parto.

casos	SEXO	PARASITOSIS FAMILIAR	SERVICIOS URBANOS
1	N	0	NO
2	N	0	SI
3	N	0	SI
4	N	1	SI
5	F	0	SI
6	F	0	SI
7	F	1	NO
8	F	0	NO
9	F	1	SI
10	N	0	SI
11	F	0	SI

CUADRO 3

Indica el tipo de sexo del paciente, si tenia antecedentes familiares de parasi
tosis intestinal, asi como servicios ur
banos intradomiciliarios.

CASOS	ALIMENTACION	DURACION ENFERMEDAD	CARACTERISTICAS EVACUACIONES
1	BIBERON	4	7 MOCO/SANGRE
2	SENO	7	6 MOCO/SANGRE
3	BIBERON	6	3 MOCO
4	BIBERON	5	6 MOCO
5	SENO/BIBERON	7	4 MOCO/SANGRE
6	BIBERON	15	6 MOCO
7	SENO/BIBERON	7	4 MOCO
8	SENO/BIBERON	14	6 MOCO/SANGRE
9	SENO	12	7 MOCO/SANGRE
10	SENO	10	6 MOCO
11	SENO	6	6 MOCO

C U A D R O 4

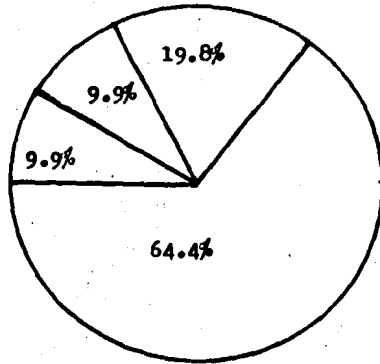
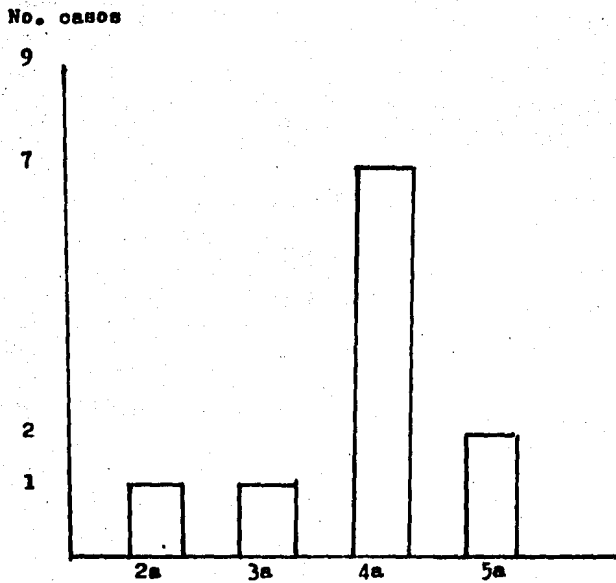
Reporta el tipo de alimentación del paciente, duración en días de su enfermedad características propias de las evacuaciones.

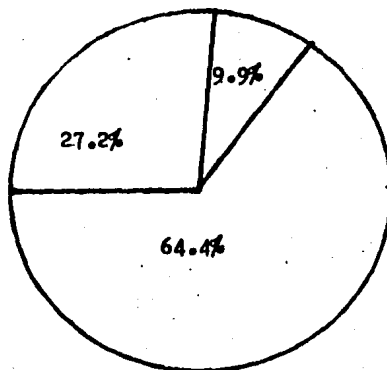
CASOS	COMPLICACIONES	MANEJO	No. MUESTRAS
1	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	2
2	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	1
3	NO	METRONIDAZOL	1
4	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	3
5	NO	METRONIDAZOL	1
6	NO	METRONIDAZOL	2
7.	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	2
8	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	2
9	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	2
10	D.H.E.	METRONIDAZOL SOLUCIONES	2
11	D.H.E.	METRONIDAZOL	2

CUADRO 5

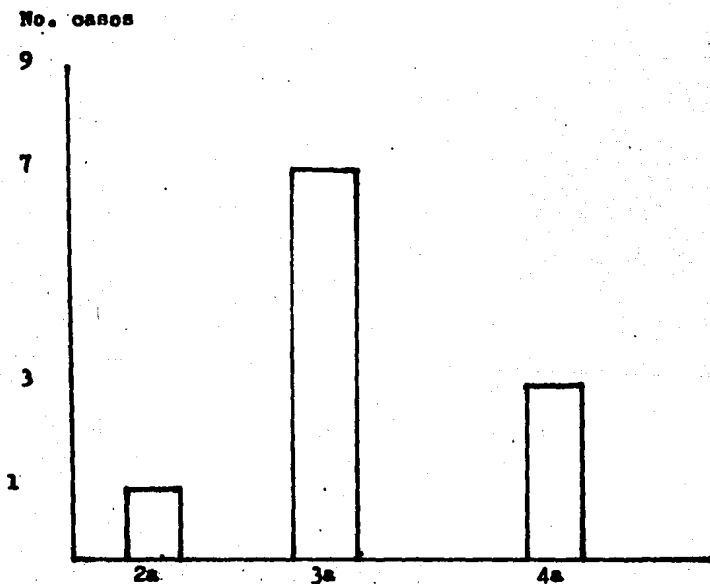
Indica las complicaciones presentadas de su enfermedad, así como el manejo establecido y el número de muestras que se requirieron para identificar el para sito.

FIG 1

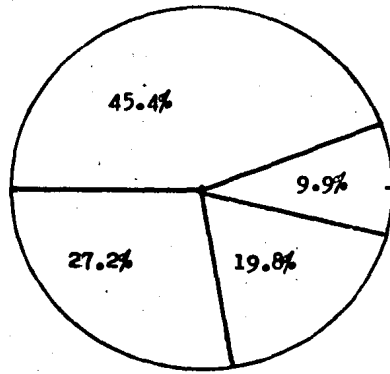
EDAD AL INICIAR EL ESTUDIO
(semanas)Número de casos y edad en semanas de los mismos al
ingresar al estudio.



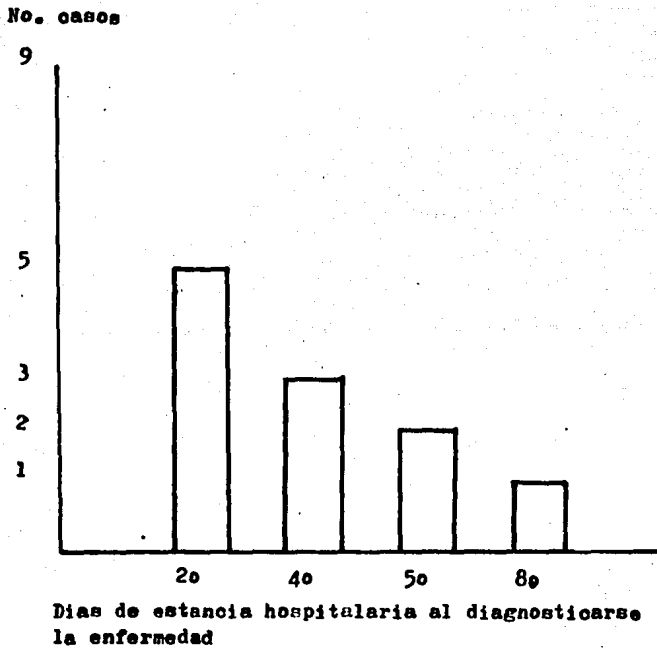
EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD
(semanas)



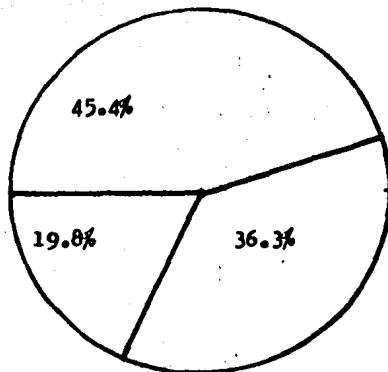
Edad de los pacientes en semanas al iniciar su enfermedad.



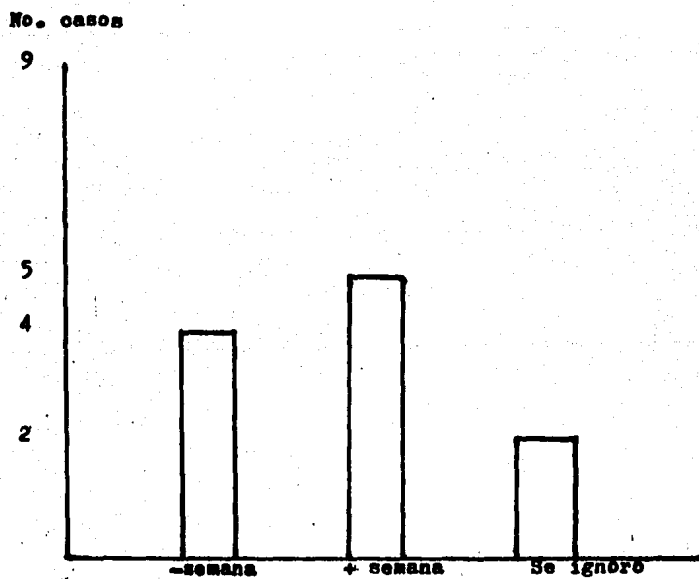
DIAGNOSTICO INTRAHOSPITALARIO
(tiempo/dias)



F I G. 4

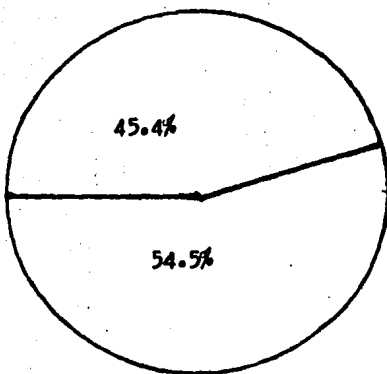


DURACION DEL CUADRO DIARREICO
(semanas)

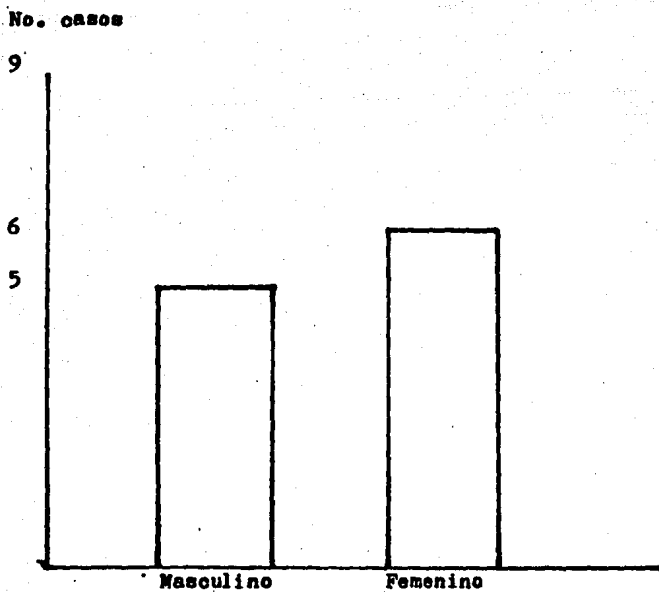


Duración del cuadro enteral menor o mayor a una semana de evolución.

FIG. 5

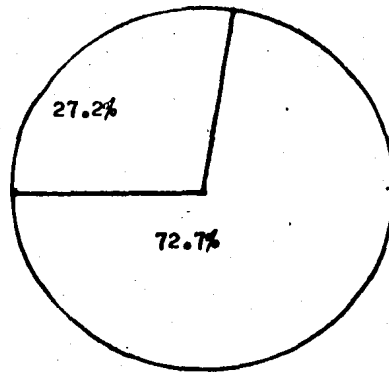


DISTRIBUCION POR SEXO



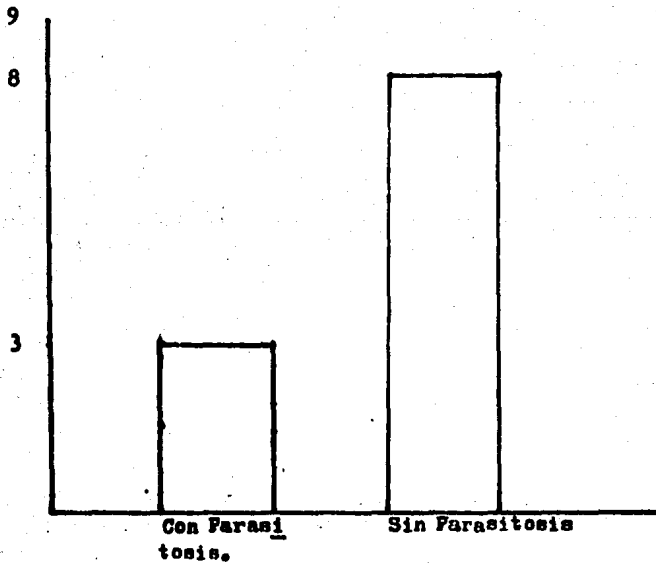
Distribución por el tipo de sexo de los casos reportados.

FIG. 6



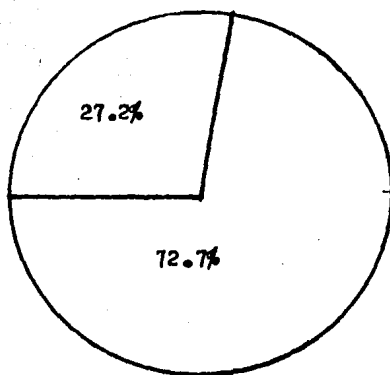
ANTECEDENTE PARASITOSIS FAMILIAR

No. casos

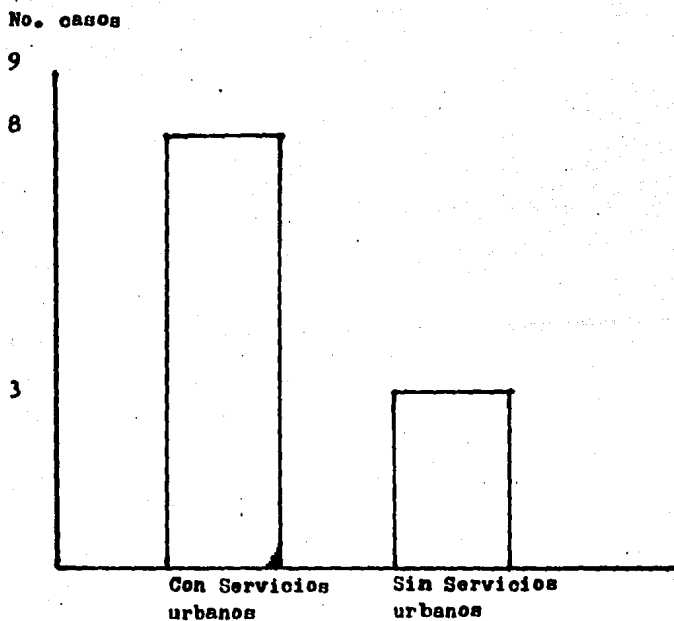


Número de pacientes con el antecedente de parasitosis intestinal familiar.

FIG. 7

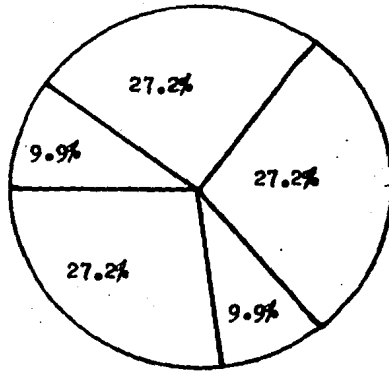


ANTECEDENTE SERVICIOS URBANOS



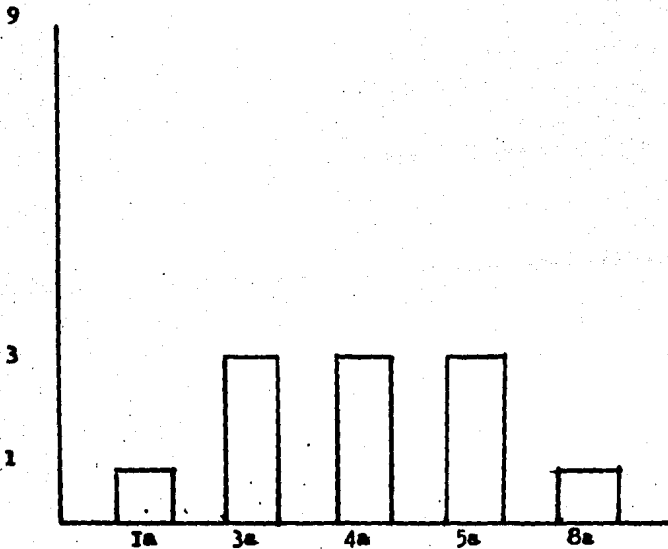
Número de pacientes que contaban con servicios urbanos intradomiciliarios.

FIG. 8

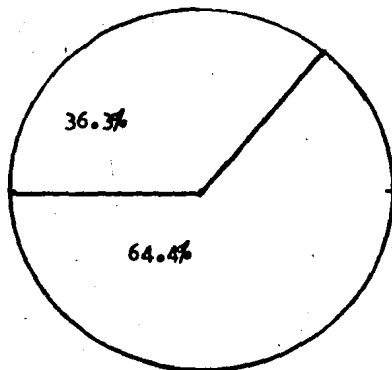


NUMERO DE GESTACION

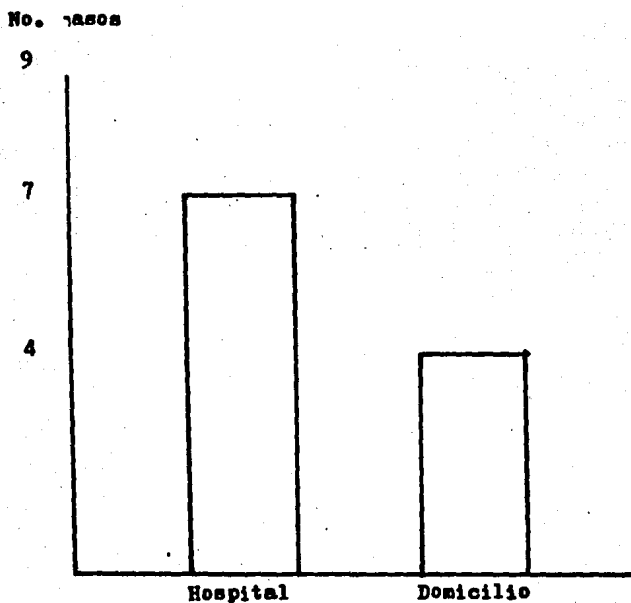
No. casos



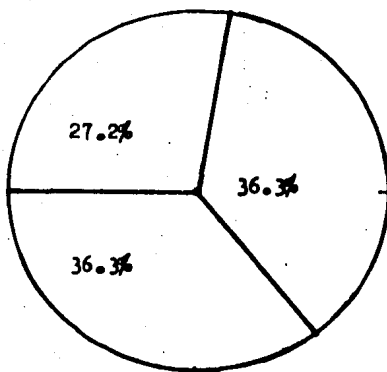
Número de casos distribuidos de acuerdo al número de gestación de la cual eran producto.



ANTECEDENTE DE LUGAR DEL PARTO

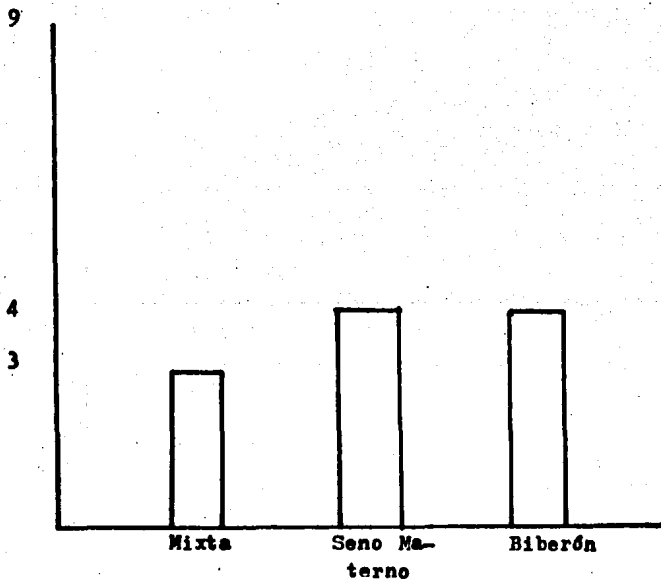


Distribución de los casos reportados de acuerdo al lugar de atención de su parto.

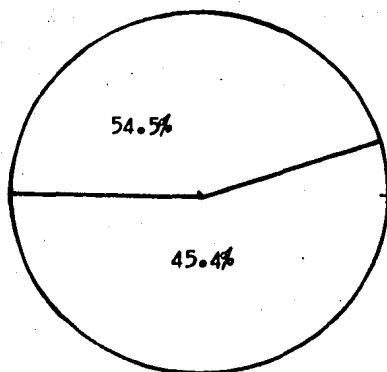


TIPO DE ALIMENTACION

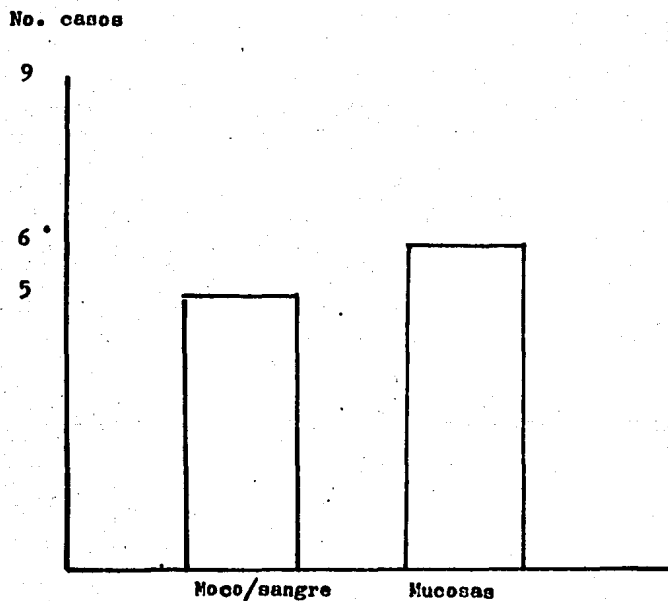
No. casos



Distribución de los casos reportados de acuerdo al tipo de alimentación que recibían.

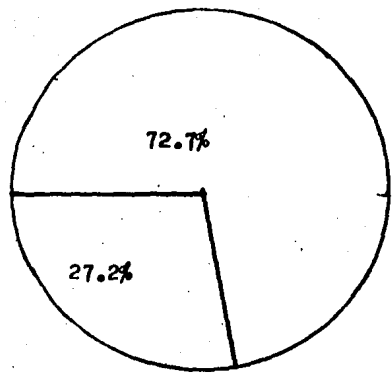


CARACTERISTICAS DE EVACUACIONES

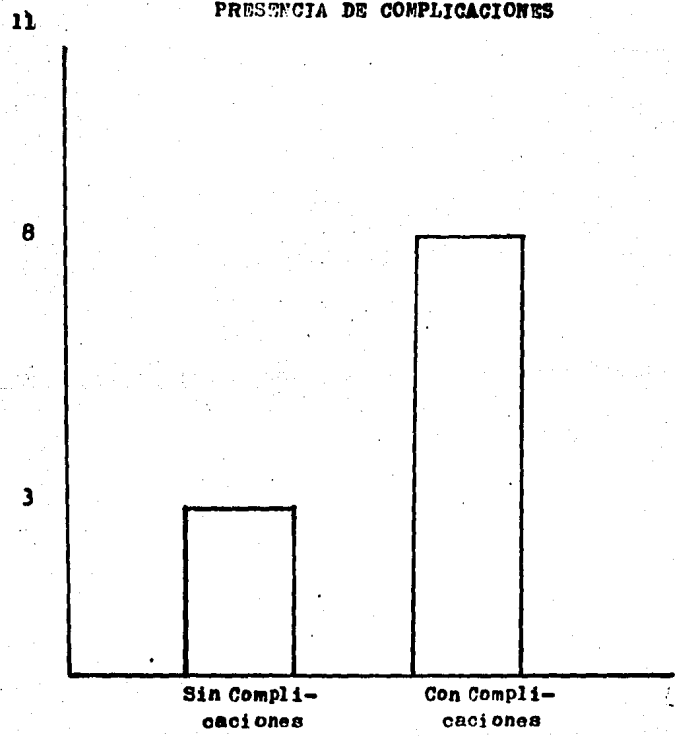


Distribución de los casos reportados de acuerdo a las características de sus evacuaciones.

FIG. 12

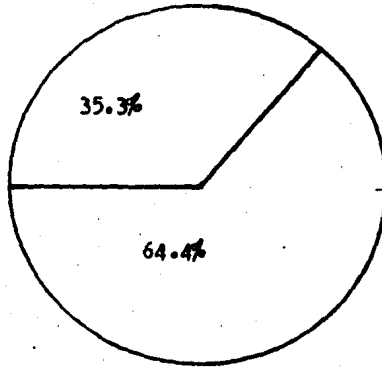


PRESENCIA DE COMPLICACIONES

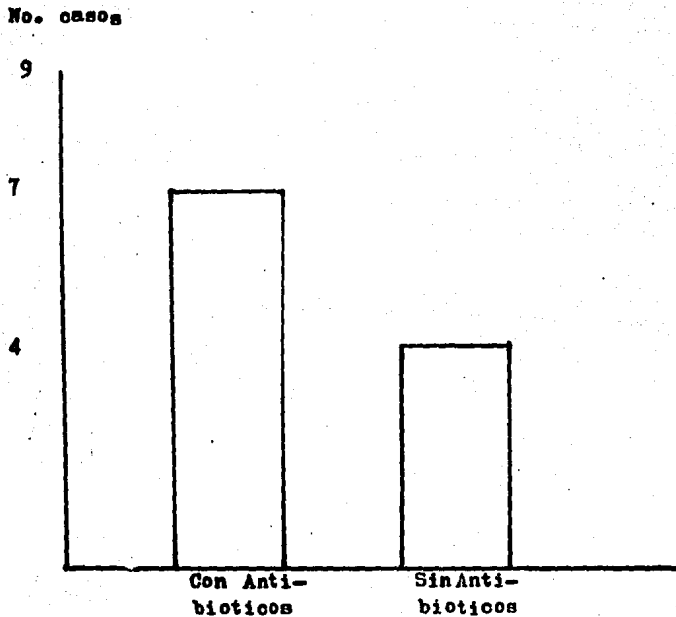


Número de pacientes que presentaron complicaciones secundarias a su cuadro diarreico.

FIG. 13

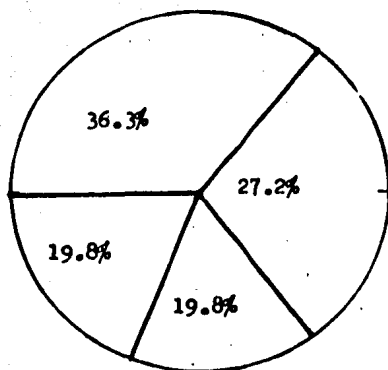


MANEJO CON ANTIBIOTICOS



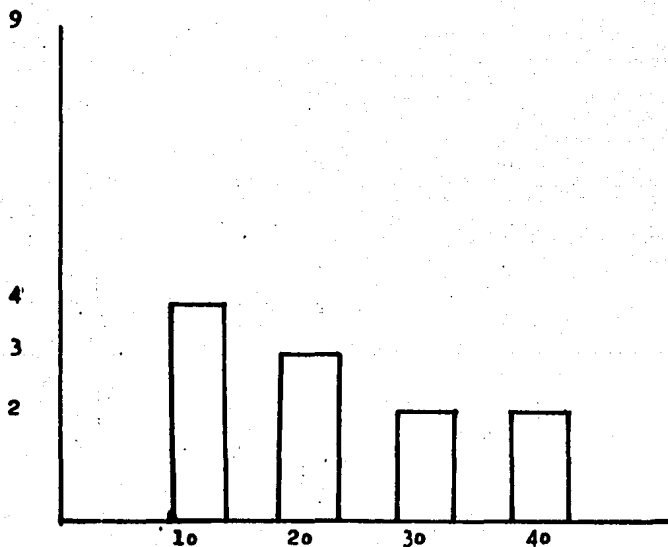
Número de pacientes que recibió tratamiento con antibióticos.

FIG. 14



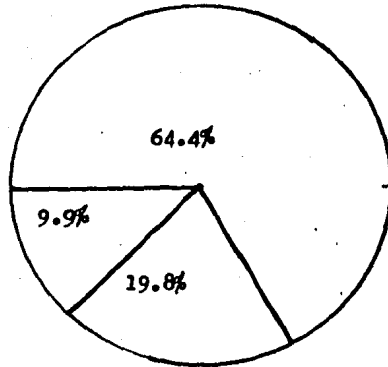
FRECUENCIA TRIMESTRAL

No. casos

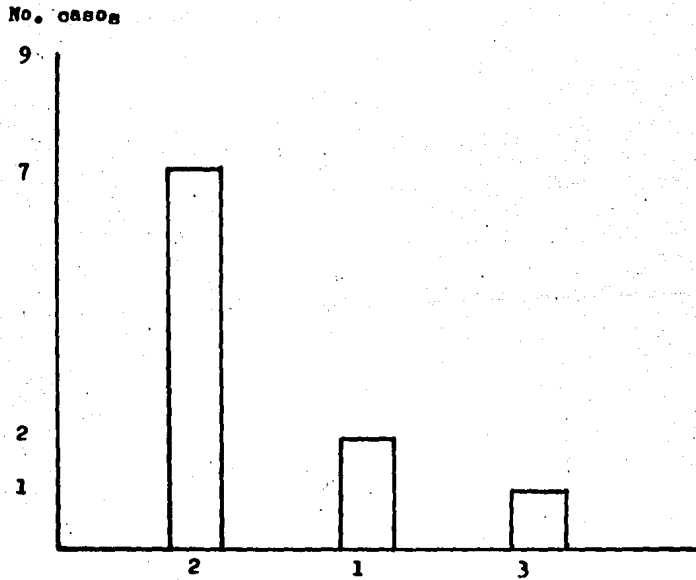


Distribución de los casos reportados de acuerdo a su presentación en cada uno de los trimestres del año.

FIG. 15



NÚMERO DE MUESTRAS REALIZADAS



Número de muestras realizadas para diagnosticar la presencia de amibiasis.

DISCUSION,

La mayoría de nuestros casos fuerón detectados a finales del primer mes de vida, esto puede ser favorecido por la disminución de anticuerpos anti $Amiba$ transferidos por la madre al recién nacido y que se refiere presentan un descenso progresivo.

En reportes previos se habia mencionado como fuente de infección a miembros del núcleo familiar, sin embargo nosotros un número significativo de familiares con el antecedente de parasitosis intestinal, compatible con amibiasis, aunque no se realizo búsqueda intensificada de portadores sanos.

El antecedente de constar con servicios urbanos estuvo presente en la mayoría de nuestros pacientes, siendo menor la falta de estos, que se correlaciona con los casos reportados previamente, sin embargo el manejo de los utensilios y del agua utilizada para la preparación de los biberones así como el aseo de los mismos fué deficiente. También el aseo de los senos y de las manos de la madre no era llevado a cabo en ninguno de los once casos registrados.

Así mismo, este poco cuidado en la preparación del alimento, puede ser secundario a la procedencia de un núcleo socioeconómico bajo, que favorece la presencia de deficientes hábitos higiénico dietéticos en estas familias y acentuado por el gran número de miembros de las mismas, que impide la vigilancia y cuidado adecuado de los recién nacidos.

La identificación del trofozoito amibiano fué realizada en forma satisfactoria, utilizando la técnica de Olarte, pero este procedimiento fué llevado a cabo inmediatamente despues de la toma, desconociéndose su eficacia si su lectura se realiza tiempo despúes.

En el caso del paciente que se realizó el diagnóstico hasta el octavo día de estancia intrahospitalaria, esto fué por hecho que inicialmente había sido manejado con antimicrobianos por sospecha de etiología bacteriana.

El diagnóstico oportuno de la parasitosis intestinal, favoreció la presencia de un curso benigno y ausencia de complicación importantes, del tipo de la septicemia o perforación.

La respuesta al manejo establecido continua siendo satisfactoria, con una remisión pronta de la sintomatología enteral y ausencia de efectos secundarias del medicamento.

En sí el cuadro diarreico fué poco agudo, tanto en el número de evacuaciones como en lo voluminoso de las mismas y afectación de las condiciones generales de nuestros pacientes.

Consideramos que el hecho que nuestros pacientes en su mayor número hayan tenido antecedente de parto hospitalario es circunstancial, ya que no existió el antecedente de contaminación con materia fecal materna, habiéndose presentado todos nuestros casos por arriba de la primera semana, como cabría esperar si se hubiera presentado esta contaminación.

Una vez más corroboramos que se puede considerar como característico de la amibiasis intestinal la presencia de evacuaciones mucosanguinolentas, así como la poca afectación de las condiciones del paciente y de ser poco frecuentes y escasas.

La presencia de compromiso hidroelectrolítico consideramos no fué exclusivamente secundario a la presencia del cuadro diarreico, ya que hubo el antecedente de ayuno prolongado y presencia de febrículas, lo cual consideramos favoreció la pérdida de agua.

Nos llama poderosamente la atención que el mayor número de casos detectados ocurrieran en el primer trimestre del año, sien-

do esta época poco favorable para la presentación de esta parasitosis, ya que las condiciones ambientales son poco favorables para su transmisión.

Es importante recalcar que podría existir una correlación entre la disminución de anticuerpos anti-amiba maternos en el recién nacidos y el aumento en la frecuencia de presentación de esta parasitosis a mayor edad extrauterina y que existiera una propiedad protectora de dichas inmunoglobulinas y que la madre transmitiera una inmunidad pasiva, aunque esto amerita estudios más específicos.

En realidad fueron pocos los casos detectados para tener un valor estadístico importante, requiriéndose estudios más profundos, para determinar su incidencia, y correlación entre los valores séricos de anticuerpos anti-amiba y la presencia de esta parasitosis.

CONCLUSIONES:

- 1.- Las diferentes condiciones socioeconómicas pero principalmente - las de estratos bajos y aunado a esto deficientes medidas sanitarias - continúan siendo los más importantes factores predisponentes para adquirir esta parasitosis.
- 2.- Las deficientes medidas higienico-dietéticas en la preparación de los biberones, es un factor determinante en la transmisión de esta enfermedad.
- 3.- El diagnóstico oportuno de esta patología favorece la ausencia de complicaciones que pongan en peligro la vida del individuo.
- 4.- La Técnica de Olarte para la identificación de la amiba fué sencilla y confiable.
- 5.- La severidad del cuadro clínico es poco agudo y de curso benigno.
- 6.- Se requiere de un nuevo estudio para determinar su mayor incidencia anual, ya que el mayor número de casos reportados fueron detectados en "época poco favorable" para la presentación de esta patología.
- 7.- No hubo diferencia importante en cuanto relación por sexos, pero - el aumento en su incidencia a mayor número de integrantes de la familia nos puede traducir descuido familiar.
- 8.- La mayor incidencia fué a finales del mes de edad, por lo que es conveniente repetir el estudio comparativo con niveles séricos de anti cuerpos antiamebianos transmitidos o mejor dicho transferidos por la madre para determinar su papel protector.
- 9.- El pensar en esta parasitosis y realizar su búsqueda intencionada favorece una remisión más corta del cuadro clínico y prácticamente au sencia de complicaciones secundarias.

- 10.- La respuesta al manejo establecido o mejor dicho utilizado es - satisfactoria y sin aparentes efectos secundarios al mismo.
- 11.- No fué un factor determinante el antecedente de parasitosis familiar.
- 12.- La incidencia de esta patologia parasitaria como agente productor de cuadro diarréico a esta edad de recién nacido es minima.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Martinez, B.M.; Historia de la amibiasis. En amibiasis. Mex. Edit. Sepulveda y Diamond. 1976, pp 42-52.
- 2.- Villa, A.R.; Amibiasis intestinal en lactantes con sindrome diarreico agudo. Tesis. UNAM-DGSMDDF. 1981.
- 3.- Gonzalez, H.C.; Incidencia de amibiasis en lactantes con sindrome diarreico agudo. Tesis. UNAM-DGSMDDF. 1981.
- 4.- Alvarez, R., Cob, C.; Enfermedades parasitarias. En conceptos clinicos de infectologia. 2a. MexEdit. Foo. Mendez Cervantes. 1979, pp 424-431.
- 5.- Counciman, W.T. y Lafleur, H.A.; Amebic desentery. Johns Hopkins Hosp Rep. 2:395, 1891.
- 6.- Fernandez del Castillo, F.; En; Fournier, V.R.; Bibliografia mexicana del absceso hepatico amibiano. La prensa medica mexicana. Mex 1956. pp 586-606.
- 7.- Crevenna, P.B.; Epidemiologia de la amibiasis. Sal Public Mex. 19:3,611, 1977.
- 8.- Kumate, J. y Gutierrez, G.; Manual de infectologia. Ed. Med. Hosp. Inf. (Mex). 6a. ed. 1978.
- 9.- Castañeda, E.; Baca, L.C.; Seraffin, F.; Amibiasis intestinal en niños I. Frecuencia y características y diversas formas clinicas. Informe preliminar. Arch Invest Med (Mex) 9 (Supl. I); 367. 1978, .
- 10.- De la Torre, J.A.; Kumate, J.; Olarte, J.; Enfermedades diarreicas en el niño. Ed. Med Hosp Inf Mex. Mex 6a. Ed; 1979, pp 33.
- 11.- Tay, J. y Velasco, O.; Parasitologia para estudiantes de medicina Ed. Universitaria. Unica Edición. pp 51, 1972
- 12.- Lawande, R.V.; Ogunkamni, A.W. and Egler, L.J.; Prevalence of pathogenic free-living amoebae in Zaria, Nigeria. Ann Trop Med Parasit 73:51, 1979.
- 13.- Neal, R.A.; Proteolytic enzymes in entamoeba histolytica. Nature - London. 178(4533);599. 1956.

- 15.- Flores, F. y cols: Invasión de *E. histolytica* a diversos órganos y tejidos en sujetos humanos. Arch Invest Med. IMSS. 1. 1970.
- 16.- Brandt, H. Y perez Tamayo, R.: Pathology of human amebiasis. Human Pathology. A clinico pathology quarterly 1: 351. 1970.
- 17.- Masturcelli, Q.; Biagi, F.: Evaluación de la sintomatología atribuible a algunas parasitosis intestinales. Bol Med Hosp Infant Mex. 17(6):869 1980.
- 18.- De la Torres, J.A.: Cuadro aspectos clínicos de la amebiasis en el lactante. Bol Med Hosp Infant Mex. 22. 313. 1965.
- 19.- Biagi, F.; Navarrete, F. y Robledo, E.: Observación sobre diagnóstico y - frecuencias de la amebiasis y otras parasitosis en niños con diarrea en la ciudad de México. Bol Med Hosp Inf Mex. 14:617, 1957.
- 20.- Olarte, J.: Nuevo dispositivo para la obtención de muestras para coprocultivo. Bol. Med Hosp Inf Mex. 9:537, 1952.
- 21.- Heghme, A.; Silva, R. y Artegos, V.: El laboratorio en el diagnóstico de la amebiasis intestinal. Bol Med Hosp Inf Mex. 10(4):66-71 1955.
- 22.- González, G.; Robledo, E. y Tay, G.: Utilidad del estudio de una muestra - fecal en el diagnóstico de diversas parasitosis intestinales. Bol Med Hosp Inf Mex. 19(4): 455-458, 1962.
- 23.- De la Torres, M.; Landa, L.; Sepulveda, B.: Avances en los métodos para el cultivo de *Entamoeba histolytica*. Arch Inv Med(Mex) 1 (supl) 59, 1970.
- 24.- Gutierrez, G.; Anbonel, M.: Encuesta serológica en niños de la ciudad de México. Investigación de anticuerpos contra *E. histolytica*. Cuarto seminario sobre amebiasis. pp 371. 1972.
- 25.- Sepulveda, B.; Anbonel, N.; Landa, L.: Avances en la técnica de contra- inmunolectroforesis para el estudio serológico de la amebiasis. Arch Inv Med. (Mex) 3 (supl.2):263. 1972.
- 26.- Germán, C.R. y Martínez, S.F.: Amebiasis en recién nacidos. Presentación de dos casos. Rev Mex Ped. 40:611. 1971.

- 26.- Lagunas, F.A. y Cabrera, B.G.; Amibiasis invasora en el recién nacido. Rev Mex Ped. 42:365,1973.
- 27.- Larracilla, Jorge; Juarez, Alfonso; Resendis, Jorge: Amibiasis intestinal en los tres primeros meses de la vida. Rev Salud Pub. XXXI:1:74.1971.
- 28.- Larracilla, A.J.; Terán, R.F.; Villa Michel, D.N.: Amibiasis hepática a la edad de 23 días. Gac Med de Mex. 114:6:299,1978.
- 29.- Jasso Luis; Gutierrez Gonzalo; Tejerina Jorge; Aubaul Martha: Persistencia de anticuerpos antiambianos maternos en el lactante. Arch Inv Med (Mex) 5 (supl.2):472. 1974.
- 30.- Tejerina, J.; Jasso, L.; Aubaul, N y Gutierrez, G.: Transmisión transplacentaria de anticuerpos contra Entamoeba histolytica. Arch Inv Med (Mex) 3 (Supl.2):363. 1972.
- 31.- De la Torre, V.R.; Aguilar, G.A.; Vargas, S.J.: Neonatología. Fisiopatología y tratamiento. 1a. Edición. México. Salvat. pp 219 1981.
- 32.- Dias del Castillo Ernesto; Abdo E. Felix.; Arias E, Nicolás: Pediatría perinatal. 2a. Edición. México. Interamericana. pp 383, 1979.