

EDITORIAL

AMIBOFILIA Y AMIBOFOBIA

En regiones donde la amibiasis es frecuente, se puede desarrollar una actitud amibofílica en los médicos clínicos y una de amibofobia en los pacientes. En nuestro medio se está observando dicho fenómeno.

Si bien es cierto que existen casos de amibiasis que no se diagnostican, y aún casos de muerte por no pensarse en tal condición y administrarse el tratamiento adecuado; hemos observado, que localmente se abusa del diagnóstico clínico y de laboratorio de dicha infección.

Las dificultades que presenta el médico clínico en relación al diagnóstico de amibiasis son, indudablemente, debido en gran parte a los diagnósticos erróneos del laboratorista. Hemos observado con mayor frecuencia los diagnósticos falsos positivos (datos no publicados), etiquetándose a los glóbulos blancos, principalmente, macrófagos y *Blastocystis hominis*, entre otros, como el sarcodino. Esta confusión es debida en parte, al uso en los laboratorios de la localidad de exámenes de preparaciones húmedas de las heces, los cuales no son los más adecuados para diferenciar *E. histolytica* de otros elementos.

En nuestros médicos clínicos, la amibofilia es notoria. En efecto, hemos tenido la oportunidad de observar, en ocasiones, las siguientes actitudes ante un paciente con síntomas gastrointestinales compatibles con amibiasis: a) a pesar de que el laboratorio reporta uno o varios diagnósticos negativos, el médico piensa que las amibas están presentes y el microscopista no las observó. Aún cuando es cierto que existen los errores de laboratorio y que el examen de un solo especimen fecal detecta una minoría de las infecciones presentes; tal actitud se justifica ante un cuadro clínico muy sugestivo de amibiasis y no ante síntomas como dolor abdo-

minal y/o diarrea que pueden obedecer a múltiples causas. Como consecuencia de esta actitud, observamos con frecuencia que pacientes que presentan síntomas gastrointestinales por largo tiempo, con o sin presencia del parásito, son diagnosticados como casos de colitis amibiana crónica. A muchos de estos casos, si se les practicara un examen serológico en busca de anticuerpos a *E. histolytica*, probablemente darían un resultado no significativo. b) Si el laboratorista reporta amibas comensales como *E. coli*, existen médicos en la localidad que administran al paciente terapia anti-amibiana. Tal actitud no se justifica y es un buen ejemplo del fenómeno de amibofilia que estamos presenciando. c) Si se reporta *E. histolytica*, su mera asociación con síntomas, es suficiente para muchos para establecer la relación causal del parásito. Para el médico que piensa en amibiasis, como posible causa del cuadro clínico, se le hace fácil correlacionar el hallazgo del parásito con los síntomas del paciente. Esto resulta en excesivos diagnósticos de amibiasis sintomática en respuesta al reporte positivo del laboratorio. Así, este diagnóstico viene a convertirse en el chivo expiatorio de otras causas que pueden determinar los síntomas del paciente.

La víctima de este estado de confusión de diagnóstico y de fracaso de establecer una correcta relación huésped-parásito en la amibiasis, es por supuesto el paciente, que recibe la descarga del tratamiento específico. Algunas veces los síntomas ceden (ya que en muchos casos éstos pueden ser de origen funcional y susceptibles de ceder a cualquier tipo de terapia) y otras veces no, pasando el paciente, en ocasiones, por manos de varios médicos, recibiendo una y otra vez el tratamiento sin que el cuadro ceda. Como resultado de esta situación, hemos visto pacientes ansiosos con fobia hacia las amibas.

En conclusión, los diagnósticos erróneos, la incorrecta relación causa efecto entre parásito y síntomas del paciente y los tratamientos innecesarios están causando más daño que la amibiasis y han producido enfermedad iatrogénica en relación a esta entidad nosológica.

Es necesario establecer mejores métodos diagnósticos y tener más seguridad de la relación existente entre el parásito y cualquier patología que podamos atribuirle, y así combatiremos la amibofilia y la amibofobia que tanto sufrimiento están ocasionando a nuestros pacientes.

Leonor Chacón de Bonilla