

## PARAGONIMIASIS EN LAS MARGENES DEL RIO NAPO

Dr. Manuel Amunarriz Urrutia,

director del Hospital Franklin Tello. Nuevo  
Rocafuerte

El día 12 de mayo de 1973 llegaba al hospital Franklin Tello de Nuevo Rocafuerte, en las márgenes del río Napo, un niño de 13 años con un cuadro respiratorio agudo. Se encontraba febril, disnéico y su estado general estaba muy afectado. Sus esputos eran hemoptoicos y a simple vista se apreciaba un tórax derecho abombado. Mientras iniciábamos los pasos normales para su hospitalización y tomábamos muestras para el laboratorio, apoyados en las notas que conservábamos en los archivos del Hospital, recordábamos los antecedentes del mismo.

### ANTECEDENTES

El niño CSD nació en Puyo y hacía aproximadamente cuatro años se trasladó con su familia a la región oriental del río Napo, al caserío llamado Huiridima, distante unos 50 kms. de Nuevo Rocafuerte.

Sus síntomas respiratorios comienzan hace dos años. Su fatiga se hace más neta al menor esfuerzo y frecuentemente sus esputos son hemoptoicos. To-

se casi continuamente y sus cuadros bronquíticos son cada vez más próximos.

En junio de 1972 se presenta por primera vez en la consulta del hospital. Se realizó una exploración detenida del enfermo, pero en aquel entonces carecíamos de posibilidades para exámenes de laboratorio y para un estudio radiográfico y por este motivo no pudimos confirmar el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar, tal como sugería todo el cuadro clínico.

En octubre del mismo año, encontrándome ausente del hospital, fue enviado a Quito, donde no se pudo confirmar el diagnóstico de Tb. pulmonar y después de algunos días regresó a Huiridima.

### ESTUDIO DEL ENFERMO

La primera impresión que da este enfermo es el de una grave afectación respiratoria. Se encuentra pálido, sudoroso, febril, disnéico. El tórax derecho se encuentra aumentado de tamaño y apenas se mueve con los movimientos res-

piratorios. Existe una hepatomegalia de cuatro traveses de dedo. La auscultación cardíaca ofrece como datos de interés una taquicardia de 130/m. y una notable desviación hacia la izquierda. Por otra parte, el murmullo vesicular está abolido en el pulmón derecho y existen estertores subcrepitantes en el izquierdo.

Inmediatamente se realizó un estudio radiográfico que confirmó las sugerencias que ofrecía la exploración física del enfermo. El tórax derecho estaba ocupado hasta el nivel clavicular; el mediastino estaba netamente desviado hacia el lado izquierdo; el diafragma estaba notablemente descendido. Con esto teníamos ya un dato seguro: un amplio derrame pleural ocupaba la cavidad pleural derecha y era muy conveniente desde el primer momento llegar a una etiología de este proceso respiratorio.

La hematometría ofreció como datos de interés una V. de sedimentación de 130/150; leucocitosis dentro de valores normales. Se prepararon placas para la búsqueda de bacilos ácido alcohol resistentes, que posteriormente dieron valores negativos, pero antes quisimos realizar una observación microscópica en fresco: existían abundantes huevos de *Paragonimus Westermani*. De esta forma se llegaba a determinar la etiología de la enfermedad y veíamos por primera vez en este hospital un caso de *Paragonimiasis*. A partir de ese momento trabajamos en tres direcciones: a. El restablecimiento del enfermo; b. Las vías de entrada del parásito; c. El tratamiento específico de la enfermedad.

## EL LARGO CAMINO HACIA LA CURACION

Iniciamos un tratamiento médico que frenara el cuadro infectivo y elevara las defensas generales del organismo. Al mismo tiempo controlábamos la evolución de su pleuritis exudativa. Dos días después ésta había aumentado y el mediastino estaba aún más desviado. Por este motivo realizamos una toracentesis. Se extrajo 750 cc de un líquido purulento, en el que no encontramos elementos bacterianos específicos ni huevos de *Paragonimus W.*

De forma muy paulatina el niño mejoró su estado general. Se combatieron las infecciones pulmonares sobreañadidas; se trató su parasitosis intestinal. El reposo, la alimentación y un progresivo tratamiento medicamentoso permitieron que ganara peso. Su insuficiencia respiratoria se hizo tenue. También la imagen radiográfica mejoró: hubo una recuperación en la posición cardíaca, de forma que en el mes de septiembre prácticamente era normal. Por otra parte el pulmón derecho, que había quedado colapsado, se fue desenvolviendo muy lentamente; a mediados de septiembre el tercio superior estaba desplegado; en octubre la atelectasia había desaparecido, pero el parénquima pulmonar se encontraba opacificado con algunos puntos y se veían cavernas en el tercio superior, bajo la sugestiva imagen de roseta. Al final de este largo proceso de recuperación quedaban imágenes residuales, aunque la radiografía pulmonar era prácticamente normal.

## LAS VIAS DE ENTRADA DEL PARASITO

Desde hace ya bastantes años las etapas biológicas del *Paragonimus* son bien conocidas. Los huevos operculados, procedentes de secreciones pulmonares y deyecciones parasitadas se desarrollan en un medio acuoso, de donde procede un embrión ciliado llamado "miracidium". Este penetra en un molusco apto, donde sufre un proceso de transformaciones múltiples hasta llegar a la fase "cercaria". Entonces abandona el molusco por efracción y penetra en un crustáceo donde se enquistaba en una forma llamada "metacercaria". Cuando estos crustáceos son ingeridos crudos o mal cocinados las "metacercarias" rompen el quiste y a través de tejidos adyacentes al estómago penetran en el pulmón, donde llegan a su madurez y provocan el cuadro clínico específico.

En el proceso infectivo existen por tanto dos huéspedes intermediarios: un molusco y un crustáceo, y además un reservorio de parásitos que es, además de hombre enfermo, un variado grupo de animales salvajes o domésticos, tales como ciertos carnívoros y roedores.

En el caso presente había varios datos que investigar: 1. Si en los medios habitacionales donde había vivido el enfermo existían dichos huéspedes intermediarios de la enfermedad; 2. Si el proceso había comenzado antes de su llegada a Huiridima o ya establecido en el río Napo.

En un primer momento fue muy difícil recoger una anamnesis objetiva del enfermo y sus familiares, aunque la aparición de los síntomas nos hacía pen-

sar que la enfermedad había surgido después de su instalación en Huiridima. Pudimos comprobar que existían en este lugar los dos huéspedes intermediarios: abundantes variedades de moluscos "Melanias" existentes en las quebradas y en las zonas bajas de la selva, en contacto con dichas quebradas. También se encuentran en este medio abundantes crustáceos que son comidos crudos por los habitantes de la zona. Sólo cuando el enfermo estuvo completamente curado, casi dos años después de su hospitalización, nos confesó que varias veces había comido pangoras cuando tenía hambre.

## TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ENFERMEDAD

A lo largo del tiempo se han ensayado varios tratamientos para la Paragonimiasis, pero solamente uno ha resultado verdaderamente eficaz: el Bithionol sulfóxido. Nosotros no disponíamos de este producto y por este motivo ensayamos en tres ocasiones sucesivos tratamientos con Emetina y Aralen, con resultados negativos. En marzo de 1974 pudimos establecer contacto con el Dr. Juan Montalván Cornejo, de Guayaquil, quien muy gentilmente nos proporcionó un tratamiento completo. A los cinco días de iniciado el tratamiento los esputos apenas mostraban huevos de *Paragonimus* y mediado el tratamiento se habían negativizado definitivamente.

## CASOS RESEÑADOS EN ESTE HOSPITAL

Desde que realizamos el primer diag.

nóstico y tratamiento han llegado a este hospital once casos de Paragonimiasis. Se trata de enfermos de diferente edad y sexo, todos procedentes de diversas zonas del río Napo, entre Coca y Nuevo Rocafuerte. Tres de ellos vivieron durante algún tiempo en otras regiones de la República, pero en todos ellos la enfermedad está condicionada, si tenemos en cuenta la anamnesis, al medio actual de residencia. Excepto en un caso todos han llegado a confesar, a veces con dificultad en un primer momento, que habían comido pangoras crudas o mal cocinadas.

En todos los enfermos aparece como síntoma principal y a veces único, los esputos hemoptoicos. En todos ellos la sintomatología respiratoria aparece algún tiempo antes de que se decidan a

consultar en el hospital. Los cuadros respiratorios eran llevaderos, fuera de dos casos con sintomatología respiratoria grave.

Aunque se ha señalado en la literatura la frecuencia de simultaneidad entre Paragonimiasis y Tuberculosis pulmonar, nosotros sólo lo hemos podido constatar en un caso.

En todos los casos reseñados pudimos realizar un tratamiento con Bithionol y para los siete primeros acudimos al Dr. Montalván Cornejo, que siempre nos atendió generosamente. Excepto en un caso, el tratamiento siempre resultó completamente eficaz y sin recidivas. Tampoco tuvimos problemas alérgicos, salvo en el primero de nuestros enfermos, que respondió a la medicación antihistamínica.

#### PARAGONIMIASIS/HOSPITAL FRANKLIN TELLO/NUEVO ROCAFUERTE

Caso	Nombre Sexo	Edad	Fecha/Diag	Geografía	Período inicio Sint.—Hosp.	Tb. Pulm.	Recidiva
1	CSD/v	12 a.	12/V/73	Huiridima	2 años	NO	NO
2	JGZ/m	8 a.	19/VI/74	COCA	3 meses	NO	NO
3	CCS/m	35 a.	11/VI/74	B. Tiputini	4 años	NO	NO
4	ASV/v	17 a.	22/VIII/75	Pto. Quinche	5 meses	NO	NO
5	FNA/m	29 a.	23/I/76	Sinchichicta	7 años	NO	NO
6	MRC/m	31 a.	12/III/76	Coca	8 meses	NO	NO
7	JBGT/v	39 a.	15/VI/76	Nueva Armenia	7 meses	NO	SI
8	VNA/m	50 a.	26/IV/77	COCA	1 mes	NO	NO
9	ZJN/m	22 a.	19/V/77	Sinchichicta	1 año	NO	NO
10	BAC/v	14 a.	6/VI/77	Samona	2 años	NO	NO
11	VSN/v	20 a.	6/VI/77	San Carlos/Coca	2 años	SI	NO

## CONCLUSION

Los casos reseñados no dejan lugar a duda sobre la existencia de Paragonimiasis en el río Napo y en consecuencia en el Oriente Ecuatoriano. Recientemente el Dr. Luis A. León V. nos informaba sobre la comprobación por parte suya de varios casos relacionados con enfermos procedentes de la zona

adjunta al Instituto Lingüístico de Verano, de Limoncocha.

Sería muy conveniente seguir una investigación más exhaustiva de este proceso, tanto a nivel de reservorios naturales como de huéspedes intermedios. Al mismo tiempo se impone una tarea educativa en orden a la formación de unos regímenes alimenticios que eviten la difusión de la enfermedad.