



Colitis aguda ulcerada amebiana con ameboma

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Victoria Rebollo Hurtado,† Elizabeth Méndez Colín,§
Juan Manuel Torres Montoya,|| Esther Rodríguez Montes¶

Paciente femenina de 50 años con síndrome doloroso abdominal agudo de 15 días de evolución y masa palpable en la fosa iliaca derecha, a la que se le realizó un estudio de tomografía computada abdominopélvica (Figuras 1A-

D) que evidenció el engrosamiento concéntrico del colon ascendente y del ciego, de dimensiones que fluctuaron entre 1.8 y 2.3 cm, con reforzamiento mucoso posterior al contraste intravenoso, con fecalización del contenido del

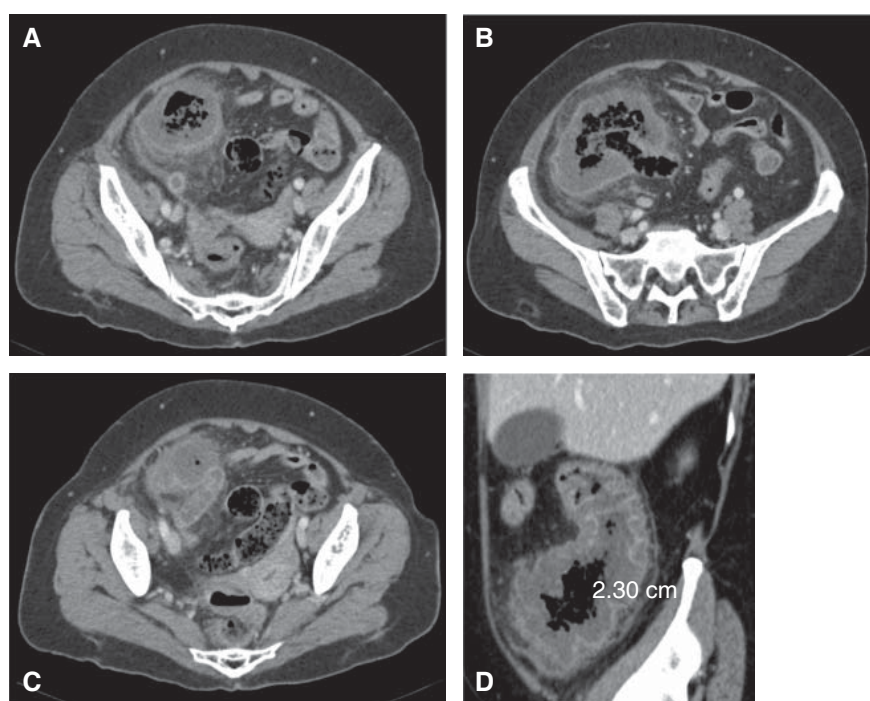


Figura 1.

* Médico Radiólogo, adscrito a la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante.

† Médica Radióloga, Jefa de la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante.

§ Médica Cirujana, residente de segundo año del Curso de Residencia y Especialización en Radiología e Imagen, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

|| Médico Cirujano, residente de primer año del Curso de Residencia y Especialización en Radiología e Imagen, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

¶ Médica Cirujana, adscrita al Departamento de Anatomía Patológica.

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 17-02-2015.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

íleon terminal y cambios en la mucosa y pared del íleon terminal, con importante heterogeneidad de la grasa pericecal, con distensión intraluminal líquida y reforzamiento de la pared apendicular (Figura 1A).

La mujer fue sometida a cirugía, laparotomía exploradora, con hemicolectomía derecha; al estudio histopatológico se demostró colitis aguda ulcerada amebiana, con numerosas úlceras que se extendían de la mucosa hasta la submucosa y otras transmurales, con numerosos trofozoítos. La válvula ileocecal, con necrosis transmural fibrinopurulenta. Al apéndice cecal se le demostró con apendicitis aguda gangrenada y perforada con trofozoítos amebianos.

COLITIS AGUDA ULCERADA AMEBIANA¹⁻⁵

El término “enfermedad inflamatoria del intestino” (EII) se refiere convencionalmente a la proctitis y colitis ulcerativa (CU) y a la enfermedad de Crohn (EC), que son enfermedades de etiología no bien precisada y con marcada propensión a la cronicidad. Hay otras formas de colitis, como la isquémica, la aguda infecciosa, la pseudomembranosa y la amebiana –como el caso que nos ocupa–, que pueden simular EII; por ello, el diagnóstico diferencial con estas entidades debe hacerse de la manera más precisa posible. Por otra parte, la diferenciación entre los distintos tipos de EII es fundamental, ya que tiene importantes implicaciones terapéuticas y pronósticas.¹

La *E. histolytica* debe su nombre a su capacidad para destruir los tejidos. Para esto es esencial que los trofozoítos se adhieran a las células epiteliales y a las células inflamatorias de la respuesta inmune mediante una lectina de adherencia inhibible por la galactosa, que es una proteína de superficie de 250 kD.¹

La invasión de la mucosa colónica comienza en el epitelio interglandular. Inicialmente, la ulceración es superficial y el infiltrado celular es mínimo. Puede haber hiperplasia reactiva en los agregados linfoides cercanos. Las ulceraciones pueden profundizarse y extenderse lateralmente bajo la mucosa aparentemente normal, formando las típicas úlceras en matraz. Los trofozoítos usualmente se ven en la periferia de las áreas necróticas. Muy pocas veces se ven neutrófilos o eosinófilos en estas lesiones. En los casos severos de amebiasis intestinal usualmente hay inflamación y las células inflamatorias rodean los parásitos e infiltran todas las estructuras dañadas. En algunos casos, una contaminación bacteriana secundaria puede estar relacionada con la inflamación.¹

El ameboma es una presentación inusual de la amebiasis intestinal que ocurre en menos del 1% de los pacientes con enfermedad invasora intestinal; es una respuesta granulomatosa y proliferativa que forma una lesión pseudotumoral que suele aparecer como una lesión anular y ocurre en individuos con amebiasis no tratada o inadecuadamente tratada, posiblemente por efecto de una infección bacteriana secundaria y asociada al reemplazo del tejido necrótico por tejido de granulación. Es generalmente una lesión solitaria, pero que puede ser sincrónica; de tamaño variable, pero puede alcanzar 15 cm de diámetro; generalmente ocurre en hombres entre los 20 y 60 años, localizada en el ciego, colon ascendente y, muchas veces, en el íleon terminal. En la mayoría de los casos se reconoce una masa intestinal que puede manifestarse con dolor a la palpación, como en el caso que nos ocupa. En la radiografía, el ameboma se confunde con un carcinoma de colon. Los diagnósticos diferenciales del ameboma incluyen todas las masas ileocecales, abarcando desde tuberculomas, linfomas, apendicitis, adenocarcinomas, enfermedad de Crohn e infecciones por hongos atípicos hasta las malformaciones arteriovenosas y diverticulitis. Se ha calculado que una tasa de 1.5% de todas las infecciones por amebiasis pueden cursar con masas colónicas, “amebomas”.²⁻⁵

Aunque la prevalencia de amebiasis en México sigue siendo alta en comparación con otros países, se aprecia una disminución de su incidencia en las últimas tres décadas, posiblemente en relación con programas de atención médica, detección de la amebiasis y la facilidad de acceso a medicamentos antiamebianos.⁵

La amebiasis en México ha sido demostrada como un problema de salud pública que ocasionó muertes con o sin cirugía; sin embargo, actualmente tiene una expresión y complicaciones bajas.⁵

REFERENCIAS

1. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr. Amebiasis. *N Engl J Med*. 2003; 348: 1565-1573.
2. Cardoso JM, Kimura K, Stoope M, Cervantes LF, Elizondo L, Churchill R et al. Radiology of invasive amebiasis of the colon. *AJR Am J Roentgenol*. 1977; 128: 935-941.
3. Rogers WF, Ralls PW, Boswell WD, Mikity V, Halls PW. Amebiasis: unusual radiographic manifestations. *AJR Am J Roentgenol*. 1980; 135: 1253-1257.
4. Reed SL, Ravdin J. Amebiasis. In: Blaser M, Smith P, Ravdin J (editors). *Infections of the gastrointestinal tract*. New York: Raven Press; 1995.
5. Mireles-Díaz HH. Ameboma. *Cir Gen*. 2009; 31 (4): 258-260.