

# Ameboma

## *Ameboma*

*Dr. Héctor Hugo Mireles Díaz*

La amebiasis es la parasitosis intestinal más frecuente a nivel mundial y nacional; afecta aproximadamente al 10% de la población mundial y al 8% de los mexicanos,<sup>1</sup> sin embargo, esta cifra en México puede estar subestimada<sup>2</sup> si consideramos que se han encontrado prevalencias del 55% en población de nivel socioeconómico bajo en la Ciudad de México. A pesar de estas cifras, sólo el 2% sufre la enfermedad clínica con afectación principalmente al colon e hígado. En el colon se puede presentar de cuatro formas diferentes: 1. colonización asintomática, 2. colitis amebiana aguda, 3. colitis fulminante y 4. ameboma.<sup>3</sup>

Esta última forma es una complicación pseudotumoral y granulomatosa de la amebiasis invasora, principalmente en el colon ascendente. Esta rara complicación es generalmente confundida con un tumor maligno del colon y muchas veces tratada en forma quirúrgica a pesar de que responde bien al tratamiento médico antiamebiano.<sup>4</sup>

El ameboma es una forma rara, pero de gran importancia para el cirujano debido a que simula, por radiología, endoscopia y laparotomía, un carcinoma. Puede también ser confundido con un adenocarcinoma del colon con metástasis hepáticas cuando el ameboma se asocia con uno o varios abscesos hepáticos amebianos.<sup>4</sup>

El ameboma es una respuesta granulomatosa y proliferativa que forma una lesión pseudotumoral que suele aparecer como una lesión anular, y que ocurre en pacientes 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 que pueden alcanzar 15 cm de diámetro, generalmente en hombres entre los 20 - 60 años, localizada en el ciego, colon ascendente y, muchas veces, en el íleon terminal, también

puede aparecer en el apéndice, rectosigmoides, flexura hepática, colon transverso y flexura esplénica. Suele manifestarse como masa tumoral asociada a síntomas de obstrucción intestinal parcial o total, abdomen agudo o sangrado de tubo digestivo bajo; pueden existir o estar ausentes los síntomas intestinales de la amebiasis, ser asintomático o simular otras patologías intraabdominales.

El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil y generalmente es pasado por alto, los estudios contrastados del colon, el ultrasonido y la tomografía contrastada pueden detectar una lesión en colon indistinguible del cáncer que no orienta ni hace sospechar de amebiasis invasora, se requiere la colonoscopia, además de la imagen directa, así como el eventual estudio histopatológico de la lesión. En los casos de urgencia, el diagnóstico está dirigido a detectar abdomen agudo quirúrgico, por lo tanto, la sospecha de ameboma no es primordial y de esta forma generalmente es un hallazgo histopatológico del segmento del colon resecado, como tratamiento de una patología abdominal aguda por un tumor del colon, en el que se puede encontrar de manera característica algún eritrocito fagocitado por la amiba. Dentro de las enfermedades a descartar, en primer lugar, está el carcinoma del colon; sin embargo, la tuberculosis, la enfermedad de Crohn o el linfoma también deben ser descartados.

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 a programas de atención médica, detección de la amebiasis y a la facilidad de acceso a medicamentos antiamebianos. 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.

Cirugía General, Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, ISEM  
Recibido para publicación: 23 abril 2009

Aceptado para publicación: 23 septiembre 2009

Correspondencia: Dr. Héctor Hugo Mireles Díaz. Cirugía General, Centro Médico Lic. Adolfo López Mateos, ISEM  
Av. Nicolás San Juan S/N, Col. La Magdalena 50010, Toluca, México  
Correo electrónico: medico75@hotmail.com

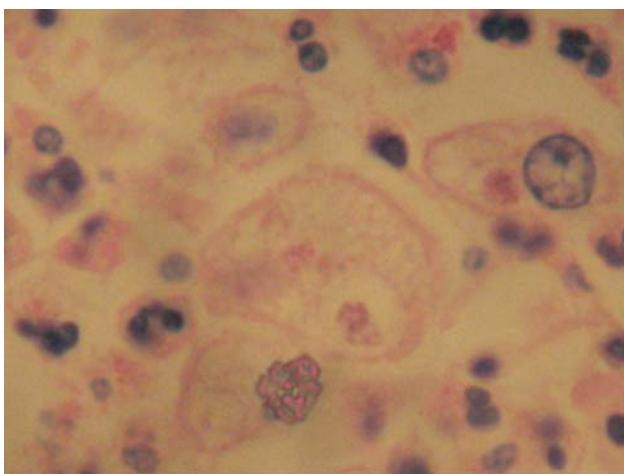


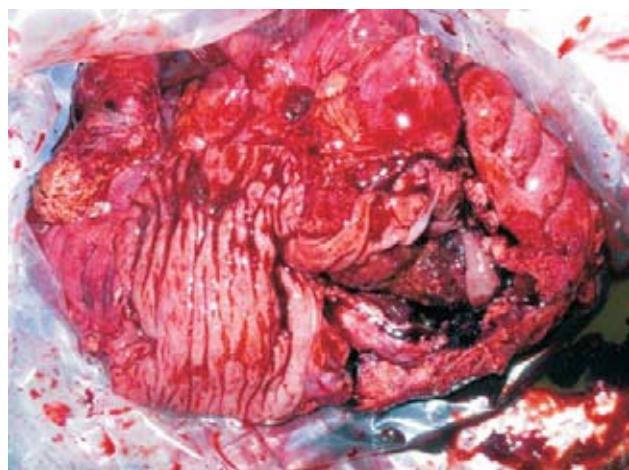
Fig. 1. Demostración histopatológica de la enfermedad.



Fig. 2. Sitio de oclusión.



Fig. 3. Aspecto macroscópico de la lesión intraluminal colónica.



### Presentación de la imagen

Femenino de 50 años de edad que ingresa el primero de Enero 2009 a urgencias, referida de Hospital General Regional, habiendo iniciado padecimiento actual 24 h. Previo a su traslado con dolor abdominal tipo cólico localizado al hemiabdomen superior, sin vómito, atendida por facultativo quien da manejo médico no especificado, sin mejoría, por lo que acude a su Hospital General Regional, de donde es referida con el diagnóstico de apendicitis aguda modificada por medicamentos, siendo valorada a su ingreso a esta unidad con Bh: Leu: 18,000 y USG abdominal con la presencia de líquido libre, se diagnostica abdomen agudo

de tipo inflamatorio, por lo que pasa a quirófano de urgencia para realización de laparotomía exploradora, obteniéndose como hallazgos: oclusión intestinal secundaria a tumoración dependiente de colon transverso, quiste de ovario en el lado izquierdo roto y hemorrágico, realizándose hemicolectomía derecha, cierre distal en bolsa de Hartmann e ileostomía, evoluciona de manera satisfactoria, egresando a su domicilio el quinto día postoperatorio.

El resultado histopatológico concluye: colitis aguda amebiana ulcerada, ameboma, peritonitis aguda y crónica fibrinosa, periappendicitis aguda, límites quirúrgicos viables.

El ameboma es una complicación rara de la amebiasis invasora y generalmente confundida con una neoplasia que suele resecarse con criterios oncológicos o durante una cirugía de emergencia. La presentación clínica puede ser como oclusión intestinal, abdomen agudo e incluso simular otras enfermedades.

## Referencias

1. Caballero-Salcedo A, Viveros-Rogel M, Salvatierra B, Tapia-Conyer R, Sepulveda-Amor J, Gutierrez G. Seroepidemiology of amebiasis in Mexico. *Am J Trop Med Hyg* 1994; 50: 412-9.
2. Walsh JA. Problems in recognition and diagnosis of amebiasis: Estimation of the global magnitude of morbidity and mortality. *Reviews of Infectious Diseases* 1986; 8: 228-38.
3. Radovanovic ZL, Katic VV, Nagorni AV, Zivkovic VV, Stankovic TD, Trenkic MS. Clinical diagnostic problems associated with cecal ameboma: case report and review of the literature. *Pathol Res Pract* 2007; 203: 823-5.
4. Fernandes H, D'Souza CR, Swethadri GK, Naik CN. Ameboma of the colon with amebic liver abscess mimicking metastatic colon cancer. *Indian J Pathol Microbiol* 2009; 52: 228-30.