

Pancolitis amebiana. Reporte de caso

Josué Francisco Ramírez-Lugo, Nallely Deshire Castañeda-Huerta, Héctor Mendoza-Jiménez y Roberto González-Álvarez

Autor para correspondencia

Ramírez-Lugo Josué Francisco. Servicio de Gastroenterología, 6to piso de la torre de especialidades, Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. Dirección: Hospital # 278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México. Teléfono: (0133)-10243141.
Contacto al correo electrónico: raljosue@gmail.com

Palabras clave: amibiasis, colitis, *Entamoeba histolytica*, pancolitis.

Keywords: amoebiasis, colitis, pancolitis, entamoeba histolytica.



Pancolitis amebiana. Reporte de caso

Ramírez-Lugo JF, Castañeda-Huerta ND, Mendoza-Jiménez H, González-Álvarez R.

Resumen

La amibiasis o amebiasis, es una enfermedad causada por un protozoo llamado *Entamoeba histolytica*, siendo uno de los principales problemas de salud en países en vías de desarrollo. La *E. histolytica* habita en el colon, pero es capaz de causar enfermedades, como diarrea aguda y disentería, colitis y absceso hepático. En algunos individuos la infección resulta devastadora, presentándose con cuadros clínicos que son un reto para el médico. Se presenta el caso clínico de un masculino, con manifestaciones de disentería y pancolitis secundarias a infección por *E. histolytica*, de 30 días de evolución, que responde a tratamiento médico.

Palabras clave: amibiasis, colitis, *Entamoeba histolytica*, pancolitis.

Pancolitis Amobic. Case report

Abstract

The amoebiasis or amebiasis, is a disease caused by a protozoan called, amoeba Entamoeba histolytica, being one of the main health problems in developing countries. The E.histolytica resides in the colon but is capable of causing diseases such as dysentery, colitis and hepatic abscess. In some individuals the infection turns out devastating, showing clinical conditions that are a challenge for the physician. This clinical case is a male, manifesting dysentery and pancolitis, secondary to infection by E.hystolyca, 30 days evolution responding to medical treatment.

Key words: amoebiasis, colitis, pancolitis, entamoeba histolytica.

Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, MX.

Autor para correspondencia:

Ramírez-Lugo Josué Francisco. Servicio de Gastroenterología, 6to piso de la torre de especialidades, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Dirección: Hospital # 278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México. Teléfono: (0133)-10243141. Contacto al correo electrónico: raljosue@gmail.com

Introducción

La colitis amebiana, siendo su agente etiológico principal la *Entamoeba histolytica*, sigue siendo una infección común en nuestro medio, asociada al mal manejo higiénico de alimentos.^{1,2} La *E. histolytica* es adquirida al ingerir los quistes infecciosos a través de alimentos o agua contaminados, depositando los trofozoitos en el íleon terminal, donde el parásito migra al colon, y con ello coloniza la superficie mucosa mediante una adhesina de la superficie amebiana, la Galactosa/N-acetil Galactosamina. El establecimiento en la superficie mucosa es requisito para la enfermedad, aunque usualmente los trofozoitos habitan en la luz intestinal, sin invasión de la mucosa, multiplicándose y satisfaciendo sus necesidades energéticas por la ingestión de la microbiota residente, así como nutrientes del hospedero. Algunos parásitos avanzan hacia el colon descendente, transformándose en quistes infecciosos maduros, perpetuando el ciclo de vida, por medio de la vía fecal-oral; manifestándose como una infección asintomática en el 90% de las personas, y en el 10% de los pacientes presentándose con manifestaciones severas, e incluso extraintestinales.^{1,4}

Por razones desconocidas, la *E. histolytica* es capaz de tomar un fenotipo patogénico. La enfermedad ocurre cuando el trofozoito rompe la barrera mucosa y penetra el tejido, secreta enzimas que rompen la matriz extracelular, destruye células y fagocita los detritos celulares. Sólo el 1% de los casos de amebiasis intestinal involucran al hígado, sitio primario de la enfermedad extraintestinal.¹

Las formas intestinales como diarrea aguda y disentería, ocurren en el 90% de los casos. La colitis amebiana es rara y se desarrolla gradualmente en semanas, los síntomas son variables pero el dolor abdominal así como las evacuaciones líquidas, con sangre y moco son las principales manifestaciones.

El diagnóstico inicial puede realizarse con un análisis de heces, aunque en infecciones avanzadas debido al grado de invasión, inflamación y daño en la mucosa, se requieren métodos más invasivos para su diagnóstico.³ Los principales diagnósticos diferenciales son: colitis disintérica por *M. tuberculosis* y *Clostridium difficile*, así como enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa y colitis isquémica.

Presentación del caso

Se trata de un masculino de 76 años, quien acudió por presentar evacuaciones diarreicas, así como hematoquecia de 30 días de evolución. Tuvo de 5 a 6 evacuaciones por día, dolor abdominal en marco-colónico de moderada intensidad, y pérdida de peso de 15 kg. Tiene antecedente de ingesta crónica de ácido acetilsalicílico 500 mg vía oral cada 8 hr por padecer osteoartritis, así como consumo de loperamida 10 mg vía oral cada 12 hrs en el último mes. A su ingreso presentó tensión arterial de 90/50 mmHg, frecuencia cardiaca de 97 latidos por minuto.

El paciente se mostró alerta, consciente, deshidratado, con sequedad de mucosas, así como palidez generalizada, la exploración pulmonar y cardiaca se encontraron normales. El abdomen se observó distendido, con ruidos peristálticos incrementados en frecuencia y con dolor generalizado de intensidad moderada a severa, sin irritación peritoneal.

Los paraclínicos de interés mostraron una hemoglobina de 7.9 g/dl, hematócrito de 24%, leucocitos totales de 14.5 miles/ μ l, neutrófilos de 75%, plaquetas de 537 miles/ μ l, urea de 54 mg/dl y creatinina de 1.3 mg/dl. Se realizó una tomografía abdominal que mostró engrosamiento de la pared del colon en todos sus segmentos (Figura 1). Se complementó su estudio con colonoscopia, en la cual se encontró la presencia de ulceración de la mucosa que abarcaba todos los segmentos, colon ascendente, transverso, descendente, así como sigmoides y recto, se tomaron biopsias para su estudio histopatológico (Figura 2). En el reporte histopatológico se confirmó colitis asociada a infección amebiana por *E. histolytica* (Figura 3).

Con esto se estableció el diagnóstico de pancolitis amebiana por *E. Histolytica*, y se inició tratamiento con metronidazol 500 mg intravenoso cada 8 horas durante 10 días, asegurando el soporte nutricional parenteral y hemodinámico del paciente, a lo que presentó buena respuesta clínica, sin presentar datos radiológicos de megacolon o perforación.

Discusión

El diagnóstico diferencial de una colitis severa, que se manifiesta con presencia de úlceras y engrosamiento de la pared colónica demostrado mediante estudio de imagen, es



Figura 1. A. Tomografía abdominal que muestra colon transverso con engrosamiento de su pared. B. Tomografía abdominal que muestra colon ascendente y descendente con incremento en el grosor de su pared. C. Tomografía abdominal que muestra engrosamiento de la pared del sigmoides hacia el recto.



Figura 2. Imagen de colonoscopia que muestra presencia de múltiples úlceras, con fibrina y hematina en su superficie, así como edema de la mucosa del colon.

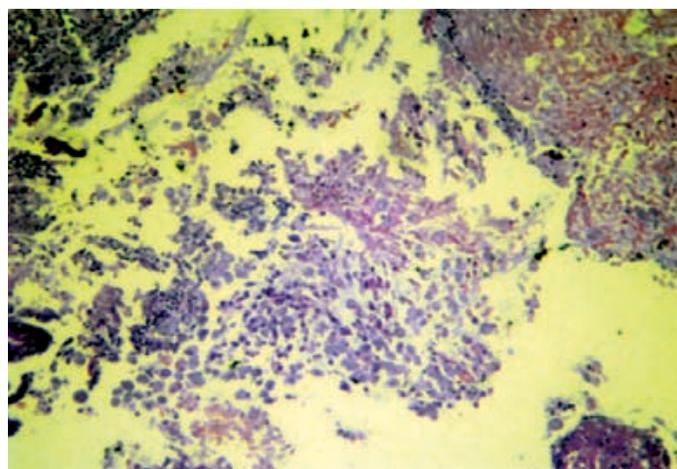


Figura 3. Corte histológico de la mucosa del colon que muestra infiltrado inflamatorio, pérdida de la arquitectura mucosa e importante presencia de *E. histolytica*.

un reto diagnóstico y clínico, debido a sus diversos diagnósticos diferenciales, por lo cual se justifican los procedimientos invasivos, siendo de los principales diagnósticos a descartar por el grupo de edad y los antecedentes del paciente, una infección por *Clostridium difficile*, infestación por *E. Histolytica*, colitis isquémica o enfermedad inflamatoria intestinal.¹

La *Entamoeba histolytica* puede ser diagnosticada con la detección microscópica de quistes o trofozoitos, la detección de antígeno específico, la detección de ADN en heces, y/o serología. La evaluación microscópica con solución salina de las heces tiene muy baja sensibilidad (<10%) para el diagnóstico de amebiasis intestinal, el uso de tinciones incrementa la sensibilidad hasta un 25-60% y la especificidad un 10-50%. Idealmente las muestras de heces positivas para *E. histolytica* en el microscopio se deberían confirmar con antígeno en heces o PCR, previo a iniciar el tratamiento.^{3,4,5}

El embarazo, inmunocompromiso, uso de corticoesteroides, abuso de alcohol, y diabetes, son factores de riesgo para una enfermedad severa.⁵ El tratamiento de la infección invasiva, desde 1960, se realiza con nitromidazoles, particularmente metronidazol y tinidazol. El objetivo del tratamiento en la colitis amebiana, es tratar la enfermedad invasiva y erradicar el parásito intestinal. En pacientes

sintomáticos hay respuesta a la terapia en un periodo de 3 a 5 días.⁴

El metronidazol es considerado la droga de primera elección para tratar la amebiasis, el manejo estándar para la colitis amebiana es 500 a 750 mg administrados tres veces por día en adultos, y de 30 a 50 mg/kg/día en niños, durante cinco a 10 días. Dentro de los efectos adversos incluyen cefalea, pérdida del apetito, náusea, sabor metálico y vómito. Otras referencias recomiendan iniciar terapia doble ante una enfermedad invasiva, con un fármaco amebicida, como el metronidazol, y un agente que actúe en la luz del intestino como iodoquinolol.^{4,5}

Conclusiones

En este caso, las complicaciones de una infección amebiana, asociadas a factores de riesgo como la edad, el tiempo de evolución y la posible asociación con ingesta de antiinflamatorios no esteroideos, incrementan la susceptibilidad del paciente de presentar complicaciones graves de la amebiasis. Siendo importante actuar de manera oportuna para realizar el diagnóstico y dirigir el tratamiento adecuado. Además, insistir en las medidas higiénicas para prevención de la enfermedad.

Referencias bibliográficas

1. Mortimer L, Chadee K. The immunopathogenesis of Entamoeba histolytica. *Exper Parasitol* 2010;126:366-380.
2. Wright SG. Protozoan Infections of the gastrointestinal tract. *Infect Dis Clin N Am* 2012;26:323-339.
3. Hung ChCh, Chang SY, Ji DD. Entamoeba histolytica infection in men who have sex with men. *Lancet Infect Dis* 2012;12:729-36
4. Gonzales MLM, Dans LF. Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. *Cochrane Database of Syst Rev* 2009:6085-6085.
5. Showler AJ, Boggild AK. Entamoeba histolytica. *Canadian Med Assoc Jour*. 2013.