

Cartas al Director

Colitis aguda fulminante causada por amebiasis intestinal

Palabras clave: Amebiasis. Colitis.

Key words: Amebiasis. Colitis.

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 72 años que acudió a Urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal difuso, anorexia, pérdida de peso de 9 kg y rectorragia intermitente en los 15 días previos. Como antecedentes personales: hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, HTA y dislipemia. A la exploración, mostraba regular estado general, discreta palidez cutaneomucosa, eupneico, afebril, TA de 145/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 82 spm, y abdomen levemente doloroso, con moderada distensión y timpanismo. La auscultación cardiorrespiratoria resultó normal, no así la abdominal, donde existía una disminución de los ruidos peristálticos.

Bioquímica: glucosa 193 mg/dl, urea 172 mg/dl, creatinina 1,48 mg/dl, sodio 124 mEq/L, potasio 2,8 mEq/L. Hemograma: 31.500 leucocitos, neutrofilia 86,9%, trombocitosis 596.000 U/L e hiperfibrinogenemia de 9,9 g/l. Resto del estudio normal. Fue solicitada de Urgencias Rx tórax que no mostraba hallazgos patológicos así como Rx y TAC abdominal donde se objetivó dilatación de intestino delgado y grueso, con retención y niveles líquidos. No se encontraron masas, visceromegalias, aire extraluminal ni colecciones intra- o extraperitoneales.

En las primeras horas de estancia hospitalaria, se mantuvo estable y con escaso dolor, pero aproximadamente a las 20 horas del ingreso, empeoró su estado general hasta presentar un abdomen agudo. Por ello, fue realizada laparotomía exploradora, mediante incisión media suprainfraumbilical. Cabe destacar como hallazgos intraoperatorios: peritonitis fecaloidea y necro-

sis colónica con múltiples perforaciones en colon, que afectaba a colon transverso, descendente y rectosigma. Se practicó colectomía total e ileostomía. El paciente evolucionó desfavorablemente y falleció a las 15 horas del postoperatorio por fallo multiorgánico. El estudio anatomopatológico informó de colitis amebiana con intensa necrosis y múltiples focos de perforación (Fig. 1).

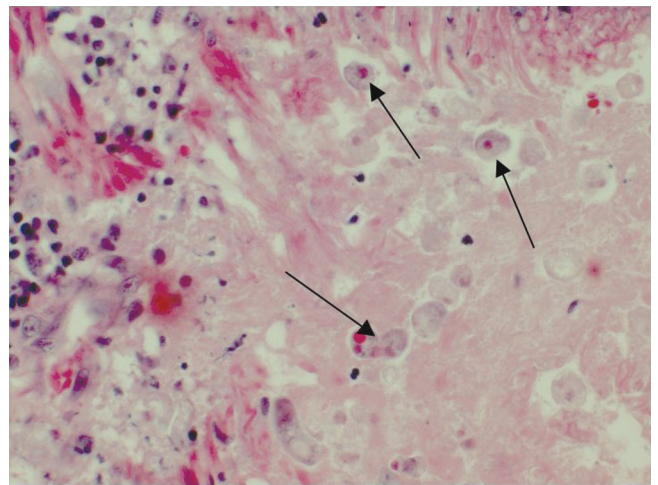


Fig. 1. Tinción con hematoxilina-eosina; 40X. Detalle de amebas con eritrofagocitosis y afectación de la capa muscular.

La amebiasis intestinal aguda o forma fulminante, es la manifestación menos frecuente, pero más grave, de la infección por *Entamoeba histolytica* (1).

Pueden considerarse, como factores de riesgo, la promiscuidad sexual, inmunodeficiencias, higiene deficiente y viajes a zonas endémicas (México, región oeste de Sudamérica, Sudáfrica, Egipto, sudeste asiático, India y Nepal) (2). Sin embargo, en la última década se ha objetivado un aumento de su incidencia en países desarrollados (3,4). A nivel mundial, está conside-

rada como la tercera parasitosis causante de muerte y hasta el 10-20% de la población mundial se encuentra infectada (5). Tras el fallecimiento, la familia fue entrevistada y comprobamos que el paciente no presentaba ninguno de los factores de riesgo.

Clínicamente, la forma fulminante comienza con un cuadro súbito de fiebre, dolor abdominal de características cólicas y diarrea cuantiosa de heces líquidas con restos de moco y sangre. La exploración mostrará signos sugestivos de peritonitis, sobre todo si el cuadro ha evolucionado a megacolon tóxico o perforación de víscera hueca (3,4,6).

En nuestro paciente estaban presentes el dolor abdominal y la rectorragia, no así la fiebre; la exploración inicialmente era inespecífica y atribuible a causas más frecuentes como neoplasia de colon o isquemia mesentérica subaguda. Llama la atención, que en la Rx tórax y TAC abdominal no se encontró aire extraperitoneal ni líquido libre, lo cual no coincidió con los hallazgos intraoperatorios, por lo que suponemos que las perforaciones se produjeron con posterioridad a la realización de ambas pruebas de imagen, y coincidiendo con el momento en el que la exploración empeoró claramente hasta una abdomen agudo.

El diagnóstico de sospecha es complicado por su infrecuencia en nuestro medio, pero el incremento detectado en la última década nos obliga a incluirlo entre las causas de abdomen agudo, con el objetivo de iniciar precozmente el tratamiento y mejorar así el pronóstico (6).

En nuestro caso, se llegó al diagnóstico tardíamente y con el informe anatomopatológico. Las pruebas serológicas tienen mayor valor de exclusión que de confirmación y sólo la identificación de amebas en tejido o heces nos confirma el diagnóstico (5).

El tratamiento de la forma fulminante debe comenzarse en el momento de la sospecha, mediante antibioterapia intravenosa:

metronidazol 600/700 mg 3 veces al día (5). El tratamiento quirúrgico está indicado cuando existe refractariedad al tratamiento médico, y deterioro del estado general, teniendo en cuenta que un retraso del acto quirúrgico disminuye la supervivencia (3,4,6). Como vía de abordaje se aconseja una laparotomía media supraumbilical, que permite una exploración completa de la cavidad peritoneal; la colectomía total con ileostomía es considerada la técnica de elección, ya que suelen verse afectados todos los segmentos del colon (6).

G. Suárez Artacho, M. C. Olano Acosta¹, J. Vázquez Monchul, J. M. Sousa Vaquero, M. Socas Macías y E. Mendoza García

Servicios de Cirugía General y Aparato Digestivo y ¹Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

1. Marcus VA, Ward BJ, Jutras P. Intestinal amebiasis: a diagnosis not to be missed. *Pathol Res Pract* 2001; 197 (4): 271-4; discussion 275-8.
2. Huston CD. Parasite and host contributions to the pathogenesis of amebic colitis. *Trends Parasitol* 2004; 20 (1): 23-6.
3. Shimada S, Mizumoto T, Nishioka R, Fukami K, Kuramoto M, Nomura K, et al. Acute fulminant necrotizing colitis caused by amebiasis: report of a case. *Surg Today* 2002; 32 (8): 738-41.
4. Mahe I, Delahaye V, Caulin C, Bergmann JF. Fatal fulminant acute amebic colitis in metropolitan France. *Presse Med* 2001; 30 (26): 1295-7.
5. Corachán Cuyás M. Enfermedades producidas por parásitos. In: Farreras Valenti, Rozman, editores. *Principios en Medicina Interna*, 13ª ed. Madrid: Elsevier SA.; 1995. p. 2435-9.
6. Chun D, Chandrasoma P, Kiyabu M. Fulminant amebic colitis. A morphologic study of four cases. *Dis Colon Rectum* 1994; 37 (6): 535-9.