



AMEBIASIS

La amebiasis agrupa a un conjunto de infecciones parasitarias cuyo principal exponente es la infección producida por *E. histolytica*. Otras amebas son saprofitas y no provocan enfermedad en el humano.

MICROBIOLOGIA.

Entamoeba histolytica es un protozoo que afecta exclusivamente a los humanos, existiendo dos morfologías: trofozoíto, en los tejidos; y quiste, en la luz intestinal y en el exterior. Los trofozoítos tienen un único núcleo, con cariosoma central. Los quistes tienen cuatro o más núcleos y tienen un tamaño entre 10 y 15 micras.

Entamoeba dispar es una ameba con una estructura morfológica similar a *E. histolytica* pero que carece de actividad invasora y por tanto no es patogénica.

Entamoeba coli es, igualmente, una ameba saprofita, con un ciclo similar a *E. histolytica* pero que, sin embargo, los quistes tienen un tamaño mayor (superior a 15 micras) y contienen entre 5 a 8 núcleos. La detección de quistes de *E. coli* en las heces de un sujeto indican que ha habido transmisión fecal-oral, pero no precisa tratamiento específico.

Endolimax nana es otra ameba saprofita de transmisión fecal-oral. Los quistes tienen un tamaño entre 6 y 10 micras y los trofozoítos entre 8 y 12 micras. No requiere tratamiento.

Iodameba büschlii es otra ameba no patógena de fácil identificación microscópica.

MECANISMO DE TRANSMISIÓN.

La transmisión al humano se produce con la ingesta alimentos contaminados con quistes de amebas, o bien por el contacto directo con fómites o manos contaminadas. La transmisión de la enfermedad es más frecuente en países con bajos recursos sanitarios y también en la población con relaciones sexuales de tipo fecal-oral.

Una vez que el hombre ha ingerido los quistes, éstos se transforman en trofozoítos en el tubo digestivo, principalmente en el colon, donde invaden la mucosa intestinal provocando la enfermedad y, eventualmente, migrando por el sistema porta al hígado y desde allí a otras localizaciones sistémicas (cerebro, hueso, etc). Los trofozoítos, a lo largo de su paso por el intestino grueso, se transforman nuevamente en quistes que son eliminados con la deposición. En las infecciones intestinales quistes y trofozoítos se eliminan en las heces.



PRESENTACIÓN CLÍNICA.

Las formas clínicas son muy variables, pero básicamente hay dos cuadros clínicos: a) la amebiasis intestinal y b) las formas extra-intestinales.

La amebiasis intestinal puede cursar de forma variada. Una gran parte de pacientes están asintomáticos o con cuadros de diarrea crónica o intermitente. En otras ocasiones la infección es más agresiva y aguda en forma de disentería con fiebre, diarrea con moco, pus y sangre y malestar general. Si bien la presentación clínica no es tan rápida como en la disentería bacilar, ni el estado clínico del paciente suele ser tan tóxico. La amebiasis puede confundirse fácilmente con una enfermedad inflamatoria intestinal y es importante una sospecha clínica y los antecedentes epidemiológicos.

Otra forma de presentación de la amebiasis intestinal es el ameboma, que clínicamente se manifiesta con episodios de dolor abdominal y cambios del ritmo intestinal y que, desde el punto de vista radiológico se comporta como una lesión que ocluye la luz del intestino grueso, simulando un cáncer de colon.

La forma extra-intestinal más frecuente es el absceso hepático amebiano. Esta complicación puede aparecer semanas o meses después de haber estado en una zona endémica y se manifiesta, habitualmente, con fiebre elevada, discreto dolor en el hipocondrio derecho, con o sin diarrea. Estos abscesos suelen ser únicos, de un tamaño variable y pueden estar localizados en cualquier región del hígado. Las amebas son tremendamente agresivas y van horadando el tejido hepático, quedando detritus celulares en el interior de la cavidad. Estos abscesos pueden ocasionar complicaciones locales cuando se atraviesa la cápsula hepática pudiendo diseminarse al peritoneo, el diafragma, la pleura o el pericardio.

Ocasionalmente se pueden observar lesiones amebianas en cualquier otra localización sistémica, como son abscesos cerebrales, óseos, cutáneos, etcétera.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico de certeza se hace mediante la demostración de los trofozoítos de *E. histolytica* en las heces, el



colon, la pared del absceso hepático o en cualquier otra localización. Las muestras de heces deben estudiarse en fresco e inmediatamente después de su recolección, pudiendo visualizar los trofozoítos en movimiento.

Igualmente, se pueden realizar técnicas de detección molecular (PCR) o detección de antígenos en las heces u otras muestras, con una gran sensibilidad y especificidad.

En los abscesos hepáticos no suele ser preciso realizar una punción diagnóstica del absceso, tan sólo en aquellos casos con serología negativa y sin respuesta al tratamiento médico. La biopsia debe realizarse en los bordes del absceso ya que en el contenido pueden no encontrarse trofozoítos.

Los estudios serológicos son de gran utilidad para la enfermedad invasora intestinal y los abscesos hepáticos, particularmente en los viajeros a zonas endémicas. En estos casos más del 90 % de los casos tienen anticuerpos detectables en el suero. Son varias las técnicas que se pueden utilizar (ELISA, aglutinación, etcétera).

Las técnicas de imagen endoscópica, principalmente la colonoscopia mostrará lesiones inflamatorias y úlceras parcheadas en la mucosa intestinal.

Las técnicas de imagen (ecografía, TAC y RNM) sirven para el diagnóstico de los abscesos hepáticos.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS.

Macroscópicamente, la colitis amebiana es similar a la colitis ulcerosa, con ulceraciones de la mucosa y aspecto en empedrado.

Histologicamente existe un patrón destructivo de la mucosa con “úlceras en botón de camisa” y trofozoítos tanto en la base de las úlceras como en la luz de las criptas adyacentes. Las amebas son morfológicamente parecidas a los histiocitos, con un gran núcleo poco prominente y con frecuentes hematíes fagocitados en el citoplasma.. Se identifican mejor con tinción de PAS, que las diferencia de los histiocitos que habitualmente acompañan el cuadro inflamatorio.

TRATAMIENTO.



El tratamiento de la amebiasis invasora debe realizarse con metronidazol (500 mg/6 horas) durante 10 días, para destruir los trofozoítos y posteriormente con un amebicida intraluminal (paramomicina 500 mg cada 8 horas durante 14 días) para destruir las formas quísticas.

Los abscesos hepáticos amebianos deben tratarse con los mismo fármacos. En muy raras ocasiones estaría indicado un drenaje percutáneo del absceso. Estas situaciones serían una mala respuesta al tratamiento médico, un riesgo muy elevado de ruptura, en abscesos periféricos de gran tamaño, o una sobreinfección bacteriana.

Existen otros fármacos de segunda línea con actividad amebicida pero son rara vez usados en nuestro medio.

PREVENCIÓN.

El adecuado control sanitario del agua que se utiliza para beber y preparar o lavar los alimentos es el mejor método para prevenir la infección por amebas. No hay vacuna.