

¿AMEBIASIS O ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL? LA IMPORTANCIA DE LA EPIDEMIOLOGÍA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA COLITIS.

Amebiasis or inflammatory bowel disease? The importance of epidemiology in the differential diagnosis of colitis.

Campos Gonzaga L, García Martínez A, Cepero León C, Castro Tablada T
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ DE LA FRONTERA. CÁDIZ.

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 42 años procedente de Ecuador con diagnóstico de enfermedad de Crohn colónica en su país, el cual no presentaba buen control sintomático y tras estudio en nuestro centro fue diagnosticado de colitis amebiana, una patología infrecuente en nuestro medio, pero a tener en cuenta principalmente en migrantes y viajeros procedentes de áreas con alta incidencia de dicha patología.

Palabras clave: colitis inflamatoria, amebiasis intestinal, enfermedad de Crohn.

Abstract

We present the case of a 42-year-old man from Ecuador diagnosed with colonic Crohn's disease in his country, who did not have good symptomatic control and after a

study in our center was diagnosed with amoebic colitis, an uncommon pathology in our environment, but to be taken into account mainly in migrants and travelers from areas with a high incidence of this pathology.

Keywords: inflammatory colitis, intestinal amebiasis, Crohn's disease.

Introducción:

La amebiasis intestinal es una afección habitualmente asintomática causada por el protozoo *Entamoeba histolytica* y frecuente en países en vías de desarrollo. En el caso de los países desarrollados suele acontecer en migrantes y viajeros de áreas endémicas¹.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años procedente de Ecuador diagnosticado en julio de 2020 de enfermedad de Crohn colónica corticorrefractaria y en tratamiento con azatioprina (AZA) e infliximab (IFX), a pesar de lo cual no tenía un buen control de la enfermedad. Tres meses más tarde, se

CORRESPONDENCIA

Lidia Campos Gonzaga/ lidiacamposgonzaga@hotmail.com
Hospital Universitario de Jerez de la Frontera - 11407. Jerez, Cádiz
Fecha de envío: 28/01/2022 - Fecha de aceptación: 16/02/2022

inició seguimiento en nuestro centro hospitalario, realizándose ileocolonoscopia en la que se objetivó desde recto hasta ciego afectación parcheada con mucosa edematosa, friable al roce, abundante contenido mucoso y restos hemáticos, así como aftas y áreas de cicatrización, con íleon normal. Se tomaron biopsias compatibles con enfermedad de Crohn con actividad colónica moderada.

A mediados de noviembre de 2020, tras la infusión de la segunda dosis de IFX en nuestro centro, el paciente comenzó con aumento en el número de deposiciones que no respetaban el sueño y con productos patológicos, así como fiebre de una semana de evolución y malestar general. Se decidió ingreso hospitalario del paciente y realización de TAC abdominopélvico para descartar complicación infecciosa, objetivándose un absceso hepático (Figura 1) y trombosis venosa suprahepática. Tras ello se suspendió AZA e IFX y se inició tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam así como anticoagulación con heparina de bajo peso molecular. Asimismo, se procedió a la punción percutánea mediante radiología del absceso hepático con colocación de catéter para drenaje, obteniéndose material purulento pero sin conseguirse crecimiento de ningún microorganismo en el cultivo microbiológico.

Posteriormente y pese a todo ello la fiebre se mantuvo, comentándose el caso con el servicio de Enfermedades Infecciosas que aconsejaron solicitar serología y coprocultivo de amebiasis, así como modificar antibioterapia a cefepime y metronidazol. La serología resultó positiva para *Entamoeba histolytica*, completándose el tratamiento antibiótico previo durante 10 días y ampliándose con paromomicina 7 días más. Se consiguió con ello la resolución de la clínica del paciente y la desaparición del absceso hepático en las posteriores pruebas de imagen, momento en el que se retiró el catéter de drenaje.

Finalmente, en febrero de 2021, se repitió ileocolonoscopia con toma de biopsias, presentándose en este momento curación tanto endoscópica como histológica. Por tanto, la mejoría clínica, analítica, radiológica, endoscópica e histológica tras el tratamiento administrado, así como la serología positiva para *Entamoeba histolytica* hicieron compatible el cuadro clínico del paciente con colitis amebiana complicada con absceso hepático, y no con enfermedad de Crohn como se había pensado inicialmente.

Discusión

Dado que los hallazgos endoscópicos de ambas entidades son superponibles, se debe considerar tanto el área de procedencia del paciente, en nuestro caso un área de alta tasa de infección amebiana, así como la presencia de enfermedad extraintestinal y la falta de respuesta al tratamiento corticoideo². En una revisión sistemática llevada a cabo por Shirley and Moonah se comprobó que en aquellos pacientes con colitis amebiana que recibieron esteroides por colitis inflamatoria erróneamente diagnosticada tenían una progresión más rápida de la enfermedad, falleciendo el 25% de ellos³, de ahí la importancia de un correcto diagnóstico.

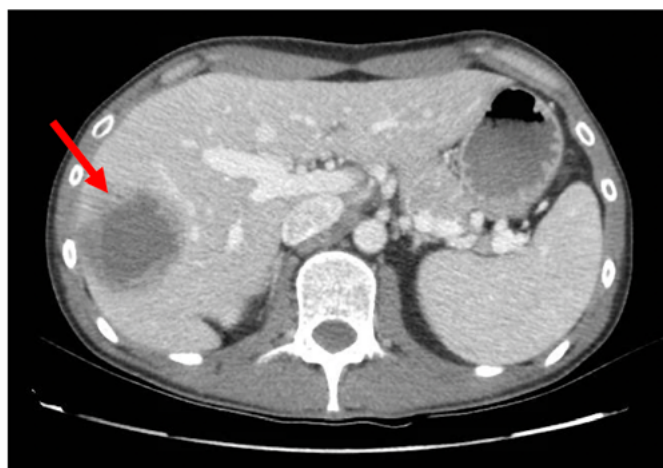


FIGURA 1

IMAGEN DE TC QUE MUESTRA ABSCESO HEPÁTICO (FLECHA).

Asimismo, un estudio anatomopatológico correcto permitiría distinguir ambas entidades, como señala el artículo de Hamdi et al. en el que en dos pacientes con dolor abdominal agudo que precisaron de cirugía el examen histológico concluyó con una amebiasis intestinal, un hallazgo completamente inesperado⁴. El diagnóstico se realiza mediante microscopía o PCR, siendo la serología menos útil en entornos endémicos, ya que no puede distinguir entre una infección aguda y una previa. Por último, todas las infecciones por *Entamoeba histolytica* deben tratarse, incluso las asintomáticas, dado el riesgo potencial de desarrollar una enfermedad invasiva y de contagio a otros miembros de la familia¹.

Por tanto, el caso presentado resalta la necesidad de considerar el diagnóstico diferencial de colitis amebiana en pacientes que presentan manifestaciones de enfermedad inflamatoria intestinal, especialmente aquellos que viven o han viajado a áreas endémicas, dadas las repercusiones clínicas que puede conllevar el inicio de tratamiento inmunosupresor en pacientes como el comentado.

Bibliografía

1. Chou A, Austin RL. *Entamoeba Histolytica*. [Updated 2021 Apr 25]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557718/>
2. Chiao-Wen C, Cheng-Min F, Chian Sem C. Cecal amebiasis mimicking inflammatory bowel disease. *J. Med. Res.* 2020; 48 (5): 1-5.
3. Shirley DA, Moonah S. Fulminant Amebic Colitis after Corticosteroid Therapy: A Systematic Review. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016; 10(7): 1-13.
4. Hamdi G, Zaghdoudi A, Taieb Frikha M, Makhlof M, Sassi K et al. Acute abdominal syndrome revealing an intestinal amoebiasis: Report of two cases in Tunisia. *J. Surg. Case Rep.* 2021; 79: 466-469.