

## CAPÍTULO XIX

# Colitis amebiana

*Manuel Mojica Peñaranda MD.  
Profesor titular de Gastroenterología  
Universidad Libre, Barranquilla  
Vicepresidente, Asociación Colombiana de Hepatología*

*Elisa Mojica Muñoz, MD  
Hospital de Puerto Colombia  
Barranquilla*

### EPIDEMIOLOGÍA

Se calcula que 50 millones de personas en el mundo están infectadas por *Entamoeba histolytica*, de las cuales 90% son asintomáticas. Cada año mueren 100,000 personas por causa de las complicaciones de la amibiasis. Anteriormente se creía que la cifra de infección asintomática era de 500 millones de personas, pero se ha visto que la gran mayoría de éstas presentaban infección por *Entamoeba dispar*. La amibiasis es más frecuente en Centro y Sudamérica, África y Asia. En Estados Unidos y otros países desarrollados este tipo de infección es rara y si se presenta, generalmente es porque el paciente ha viajado a una zona endémica.

Mediante el uso de técnicas diagnósticas se puede diferenciar entre la infección por *E. histolytica* y *E. dispar*, lo cual es importante porque la última no es patógena y no presenta respuesta inmunológica humoral ni enfermedad invasiva.

### FISIOPATOLOGÍA

La gran mayoría de los individuos son portadores asintomáticos de los quistes y sólo en

unos pocos aparece la enfermedad. El período de incubación va de dos días a cuatro meses. El ciclo de vida de la *E. histolytica* tiene dos fases: la primera se da con el quiste, que transmite la infección, y la segunda con el trofozoíto, la forma móvil con capacidad de invasión tisular. La *E. histolytica* entra al cuerpo al ingerir agua o comida contaminada con los quistes tetranucleicos, el quiste se disuelve en el íleon terminal liberando ocho trofozoítos uninucleados por cada quiste, que avanzan hasta el ciego y el colon, donde producen la enfermedad.

### CUADRO CLÍNICO

#### Sintomatología

Dolor abdominal  
Fiebre  
Diarrea con moco y sangre  
Más de una semana en aparecer los síntomas  
Pérdida de peso

El espectro de manifestaciones clínicas es variado. La gravedad de la infección depende de las condiciones del individuo, de su esta-

do nutricional e inmunológico, de las condiciones sanitarias y de la calidad de vida. Los pacientes con desnutrición, los infantes, los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas que reciben corticosteroides, están en mayor riesgo de desarrollar enfermedad fulminante con perforación intestinal. Ésta se manifiesta por apariencia tóxica, abdomen distendido y signos de irritación peritoneal.

La infección intestinal por *Entamoeba histolytica* puede clasificarse en invasora, o colitis amibiana, y en colonización asintomática sin repercusiones clínicas. La *E. dispar* es responsable de 90% de la colonización intestinal asintomática. La amibiasis invasora se desarrolla en 10% de los pacientes infectados con *E. histolytica*.

Las manifestaciones clínicas de la colitis amibiana son dolor abdominal, disentería, deposiciones con moco y sangre, por lo general menos de 10 al día, flatulencia, lesiones ulceradas colónicas o perforaciones, ameboma (por granulación del tejido intestinal), megacolon tóxico, peritonitis, apendicitis amibiana y fiebre en pocos casos. A diferencia de la disentería bacteriana, los síntomas aparecen gradualmente entre una y varias semanas. Generalmente hay pérdida de peso. Las formas clí-

nicas más graves de la disentería amibiana son la colitis necrotizante aguda y el megacolon tóxico, que ocurre en 0,5% de los casos y se manifiesta como una dilatación aguda del colon. Cuarenta por ciento de los pacientes fallecen por causa de sepsis, a menos que sea diagnosticado y tratado en forma rápida.

El ameboma es una forma de colitis crónica localizada, puede causar obstrucción intestinal y simular la sintomatología de un cáncer de colon.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diferenciar la colitis amibiana de otras enfermedades infecciosas puede significar todo un reto. La colitis amibiana puede presentar un cuadro similar al de diversas entidades: shigelosis, enfermedad inflamatoria intestinal, tuberculosis intestinal, colitis isquémica, diverticulosis, malformaciones arteriovenosas o cáncer colo-rectal.

La colitis amebiana exhibe un inicio gradual de la sintomatología (una o más semanas), diferente al de la disentería bacteriana, en la cual el inicio de los síntomas es abrupto.

TABLA 1. COMPARACIÓN ENTRE COLITIS AMEBIANA Y DISENTERÍA BACTERIANA

Característica	Colitis amebiana	Disentería bacteriana
Viaje o retorno de un área endémica	Sí	No
Duración de los síntomas	Más de 7 días	2-7 días
Diarrea	94-100%	100%
Prueba positiva para sangre oculta en heces	100%	40%
Dolor abdominal	12-80%	50%
Pérdida de peso	Frecuente	Poco frecuente
Fiebre mayor de 38°C	Minoría	Mayoría

## AYUDAS DIAGNÓSTICAS

Los métodos que ayudan en el diagnóstico son: microscopia y cultivo de heces, detección de antígenos parasitarios, serología, PCR (reacción en cadena de la polimerasa).

Si la determinación de antígenos identifica colonización por *E. dispar*, no se requiere tratamiento.

La identificación por medio del microscopio es la forma más común de diagnóstico en las áreas endémicas; sin embargo, no tiene buena sensibilidad ni especificidad, debido a que no puede diferenciar entre *E. histolytica* y *E. dispar*; igual sucede con el cultivo de heces. El cultivo de heces seguido de análisis isoenzimático es el patrón oro para el diagnóstico de infección por *E. histolytica*. Tiene muy poca utilidad clínica, ya que el resultado demora dos semanas y requiere ciertas condiciones especiales de laboratorio.

Las pruebas de detección de antígenos como ELISA se pueden utilizar en combinación con el diagnóstico microscópico. La técnica más útil es la detección de anticuerpos anti amiba y la prueba de ELISA para detectar la adherencia del antígeno de la lectina de la amiba en heces y plasma (Prueba *E. histolytica* II). La serología es útil, porque más de 80% de los pacientes tienen serología positiva; sin embargo, no distingue entre infección aguda y crónica o recuperación de una infección aguda, pero sí distingue entre infección por *E. histolytica* y *E. dispar*. Si el resultado es negativo, prácticamente se descarta la infección.

La PCR tiene una gran sensibilidad en la diferenciación de *E. histolytica* y *E. dispar*, pero con la limitante de ser muy costosa y requerir personal entrenado. La colonoscopia con toma de biopsias del borde de la úlcera es diagnóstica en 90% de los casos, es rápida de realizar y permite hacer el diagnóstico diferencial con la enfermedad intestinal inflamatoria.

TABLA 2. TÉCNICAS DE LABORATORIO

General	Específico	¿Específico para <i>E. histolytica</i> ?	Especimen	Sensibilidad	Especificidad
Microscopio	Microscopio	No	Heces	30-50%	Menor de 60%
Cultivo	Cultivo/ isoenzima	Sí	Heces	30-60%	Prueba de oro
Detección de antígeno	Test E histolytica II (ELISA)	Sí	Heces	Mayor 95%	Mayor 95%
	Test E histolytica II (ELISA)	Sí	Plasma	Mayor 65%	Mayor 90%II
	Detección de antígeno (ELISA)	Sí	Saliva	No datos	No datos
Pruebas DNA	PCR	Sí	Heces	Mayor 85%	Mayor 90%

Se pueden realizar colonoscopia o sigmoidoscopia. Se prefiere la primera, debido a que la infección puede ser focal y estar ubicada en la válvula ileocecal o en el colon ascendente. Se debe aprovechar para tomar biopsias para identificación de trofozoítos. No se deben utilizar enemas ni catárticos para preparar a estos pacientes, porque pueden cambiar la morfología de las lesiones y no ser entonces identificables durante el examen.

## TRATAMIENTO

Es posible que se requieran múltiples tratamientos para erradicar la infección. Los medicamentos antiamebianos se pueden dividir en dos grupos: los de acción luminal y los de acción tisular. La infección asintomática puede ser tratada con los medicamentos de acción luminal, pero si se evidencia *E. dispar*, no se requiere tratamiento alguno. Los medicamentos de acción luminal son el iodoquinol, el furoato de diloxanida y la paromomicina. El iodoquinol tiene más toxicidad gastrointestinal que el furoato de diloxanida. La paromomicina, un aminoglucósido no absorbible, es la droga de elección en mujeres embarazadas, pero tiene como efecto secundario la diarrea.

Para la infección invasora el tratamiento de elección es el metronidazol, que exhibe una tasa de curación de 90%. También se utilizan tinidazol, tetraciclina y eritromicina. Para confirmar la erradicación de la infección, luego de

terminar el tratamiento, se debe realizar detección de antígeno parasitario en las heces.

El tratamiento ideal debe ser metronidazol y luego continuar con un medicamento de acción luminal; no se deben prescribir ambos al tiempo por la intolerancia gastrointestinal que producen al usarse en combinación. Los efectos secundarios del metronidazol incluyen cefalea, anorexia, sabor metálico, vómito, los cuales se presentan en un tercio de los pacientes. La dosis recomendada es 750 mg cada ocho horas por 10 días; si se presentan efectos secundarios se puede disminuir a 500 mg cada ocho horas. Luego se debe continuar con un medicamento de acción luminal para prevenir recaídas. La mejoría clínica resulta evidente por la resolución de la diarrea a los dos días de iniciado el tratamiento. El medicamento se debe discontinuar si se desarrolla vértigo, encefalitis o neutropenia.

Se puede administrar metronidazol a mujeres embarazadas que presentan enfermedad severa, valorando siempre el riesgo-beneficio, ya que ellas tienen una susceptibilidad mayor a desarrollar enfermedad fulminante.

Si se sospecha perforación intestinal se debe adicionar un antibiótico de amplio espectro. El ameboma responde al tratamiento médico en la mayoría de los casos y sólo en unos pocos requieren cirugía. Si se presenta megacolon tóxico, es necesaria la colectomía parcial o total.

## TRATAMIENTO DE LA COLITIS AMEBIANA

Tipo de infección	Medicamento	Características	Dosis de adulto	Dosis pediátrica
<b>Asintomática</b>	Paromomicina	Puede ser usada durante el embarazo. Tiene ototoxicidad y nefrotoxicidad. Efectos secundarios gastrointestinales.	25-35 mg/kg/día en 3 dosis por 7 días.	25-35 mg/kg/día en 3 dosis por 7 días.
	Tetraciclina	Efectos gastrointestinales frecuentes. No administrar a niños ni a mujeres embarazadas.	250 mg cada 6 horas por 10 días.	No
	Iodoquinol	Con el uso a largo plazo neuritis óptica y atrofia.	650 mg cada 8 horas por 20 días.	30-40 mg/kg/día (máx. 2g) en tres dosis por 20 días.
	Furoato de diloxanida	Pobre absorción gastrointestinal, pocos efectos gastrointestinales.	500 mg cada 8 horas por 10 días.	20 mg/kg/día por 10 días.
<b>Colitis amebiana leve a moderada</b>	Metronidazol	Efectos secundarios: anorexia, náusea, vómito, sabor metálico, neuropatía periférica.	500-750 mg cada 8 horas por 10 días.	35-50 mg/kg/día en 3 dosis por 10 días.
	Tinidazol	Menos efectos secundarios que metronidazol.	600-800 mg cada 12 horas por 5 días.	50-60 mg/kg/día (máx 2g) por 3 días.
<b>Colitis amebiana severa</b>	Metrodinazol	Efectos secundarios: anorexia, náusea, vómito, sabor metálico, neuropatía periférica.	500-750 mg cada 8 horas por 10 días.	35-50 mg/kg/día en tres dosis por 10 días.

**PRONÓSTICO**

El pronóstico en la mayoría de los casos de colitis amebiana es bueno y sólo en algunos surgen complicaciones. El comienzo del tratamiento antibiótico oportuno ha reducido el porcentaje de complicaciones.

**PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**

La prevención y control de la infección por ameba requiere educación de la población sobre el manejo individual y público de las excretas, higiene y manipulación de los alimentos, provisión de agua potable, tratamiento quimioproláctico de los portadores de quistes asintomáticos, educación a grupos sexuales de alto riesgo sobre la transmisión fecal-oral, lavado de frutas y verduras con desinfectante antes de consumirlas.

**LECTURAS RECOMENDADAS**

1. Abd-Alla MD, Ravdin JI. Diagnosis of amoebic colitis by antigen capture ELISA in patients presenting with acute diarrhoea in Cairo, Egypt. *Trop Med Int Health* 2002; 7:365-370.
2. Dunzendorfer T, Kasznica J. Amebic and/or ulcerative colitis? *Gastrointest Endosc* 1998; 48:450-451.
3. Ebecken R. Amebic colitis simulating ulcerative colitis. *Gastrointest Endosc* 2000; 51:641-642.
4. Espinosa-Cantellano M, Martinez-Palomo A. Pathogenesis of intestinal amebiasis: from molecules to disease. *Clin Microbiol* 2000; 13:318-331.
5. Leung J, Chin A. Amebic colitis. *Gastrointest Endosc* 2002; 56:732.
6. Linder E, Isagulians M, Olsson M, et al. Amebiasis in León, Nicaragua: Entamoebae in stool examination and identification of amebic liver abscess cases by serology and PCR. *Arch Med Res* 1997; 28:314-316.
7. Yoshikawa I, Murata I, Yano K, et al. Asymptomatic amebic colitis in a homosexual man. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:2306-2308.