

“NECROSIS Y PERFORACION INTESTINAL POR PANCOLITIS INFECCIOSA POR ENTAMOEBA HISTOLYTICA”

SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO
HOSPITAL GENERAL DR ENRIQUE CABRERA
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL:

CORRAL FONSECA C., VEGA CEDILLO C.A., RUIZ LÓPEZ P.J., CHARIS TRUJILLO P.E., PÉREZ VALLADARES C., ESCALERA BUSTAMANTE M.A.

INTRODUCCION:

La amebiasis es un problema de salud pública mundial, que afecta principalmente a los países en desarrollo. La amebiasis intestinal invasiva, causada por *Entamoeba histolytica* (EH), tiende a desarrollar complicaciones entre ellas la perforación colónica y el absceso hepático amebiano. Afecta a todas las edades, siendo más común en regiones tropicales, regiones con servicios sanitarios deficientes, grupos de personas migrantes a estas regiones o con problemas de inmunodeficiencia. Se estima que el 90% de los portadores es asintomático y el 10% de los infectados desarrollarán alguna forma de enfermedad invasora. Los factores de riesgo que influyen en el estado de portador son los relacionados con las condiciones sanitarias y de higiene, tales como hacinamiento, contaminación de agua y alimentos, inadecuada eliminación de excretas, aspectos que se asocian a pobreza e ignorancia.

En México existen 20% de portadores (16 millones), 2% de enfermos (1.3 millones), 6% de sero positivos y mortalidad entre 0.1 y 0.2% (10-30 mil muertes al año).^{2,5} Existe una tendencia a sub-diagnosticar la enfermedad en áreas endémicas, donde los casos de diarrea con sangre se diagnostican erróneamente como de origen bacteriano, esto retrasa el tratamiento y provoca una morbilidad y mortalidad elevada.

PATOLOGIA:

La amebiasis intestinal puede presentar un espectro de alteraciones anatómicas, de acuerdo con su localización, que puede ir de una colitis ulcerativa a una apendicitis amebiana, pasando por el megacolon tóxico y el ameboma.

El hallazgo anatomopatológico típico son las úlceras localizadas en el colon, predominantemente en el ciego, el sigmoide y el recto. Estas úlceras presentan dos patrones claramente definidos: nodular e irregular. Las úlceras nodulares son redondeadas, de un diámetro entre 1 y 5 mm, con áreas de mucosa ligeramente elevadas y áreas necróticas, deprimidas o hemorrágicas, rodeadas por un borde de tejido edematoso. A menudo estas áreas están llenas de un material mucoso y amarillento, denominadas “úlceras en botón de camisa”, en las cuales pueden verse trofozoítos.

CASO CLINICO

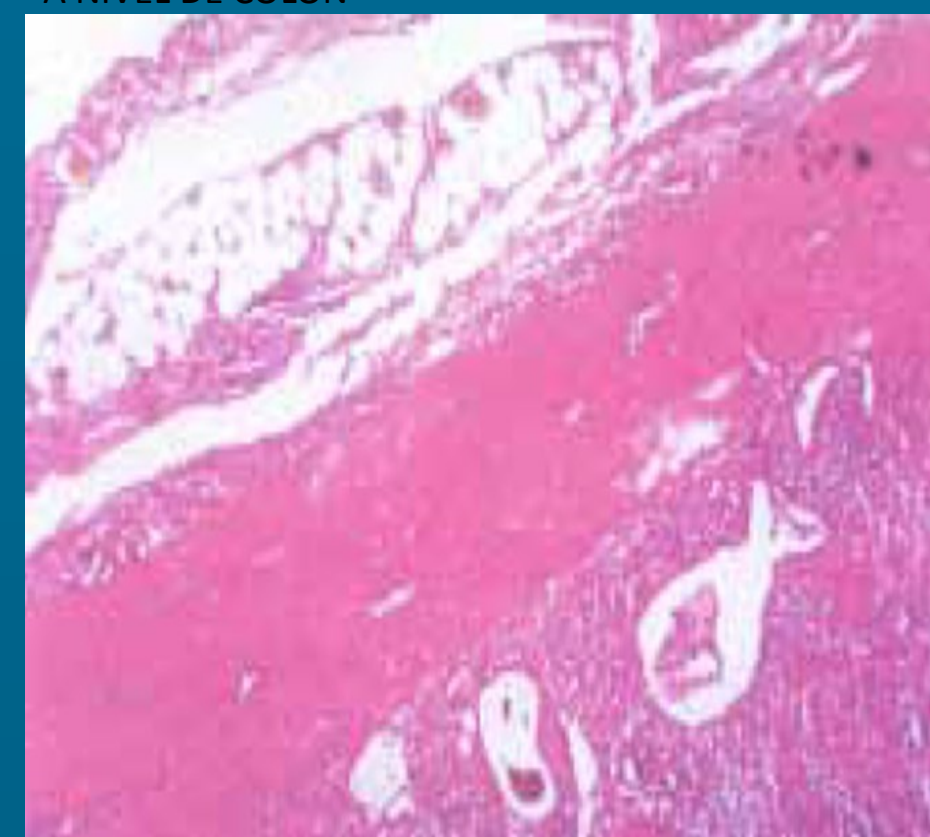
Masculino de 36 años de edad con diagnóstico de abdomen agudo por probable perforación intestinal, se realiza laparotomía exploradora encontrando múltiples perforaciones de colon ascendente, transverso y descendente, colon con tejido necrótico en un 80% de su totalidad, 800 cc de líquido fétido en cavidad peritoneal. Se realiza colectomía total + ileostomía tipo Brooke + cierre distal en bolsa de Hartmann + empaquetamiento de correderas derecha e izquierda y hueco pélvico. Se envía colon ascendente, transverso y descendente a patología reportando pancolitis infecciosa con necrosis transmural secundario a estructuras compatibles con trofozoítos de *Entamoeba histolytica*. El paciente fue ingresado a UCI y desempacotado a los dos días, posteriormente continuó con datos de sepsis abdominal por lo que fue intervenido en 2 ocasiones más encontrando perforación intestinal y erosión parcial de pared vesicular, falleciendo a los 14 días a consecuencia de choque séptico.



PIEZA QUIRURGICA CON MULTIPLES PERFORACIONES A NIVEL DE COLON



ULCERAS EN COLON DE ASPECTO EN BOTON DE CAMISA



ULCERAS EN MUCOSA DE COLON QUE SE EXTIENDEN HASTA LAMINA PROPIA

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

La afección de colitis amebiana está relacionada con la gravedad de la enfermedad, que determina su pronóstico. Esto va a depender de factores como el estado nutricional del paciente, el estado de inmunidad, la integridad de la mucosa colónica y de la situación de la flora bacteriana.

El tratamiento temprano puede ser oportuno, pero si llegan las complicaciones pueden terminar en una Colitis fulminante, con colon tóxico o perforaciones, provocando peritonitis y abscesos, entonces tenemos complicaciones de alta morbilidad y mortalidad.

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. 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. El tratamiento de la forma fulminante debe comenzarse en el momento de la sospecha. 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. Como vía de abordaje se aconseja una laparotomía media supraumbilical, que permite una exploración completa de la cavidad peritoneal;

