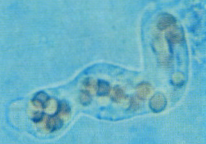
**AMEBIASIS**

La amebiasis es una infección que afecta a 100 millones de personas al año, producido por el protozoario *Entamoeba histolytica*, principalmente en el intestino grueso, invadiendo la mucosa intestinal y, en casos más graves, localizándose en regiones extraintestinales (1,2).

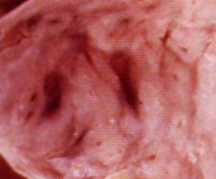
**Historia**: F.A. Losch descubre en 1875 a la *Entamoeba histolytica* en un campesino, para luego inocular el parásito en cuatro perros, observando disentería con ulceraciones y amebas en el exudado de uno de ellos.

**Agente etiológico**: las dos especies más comunes de *Entamoeba, E. histolytica* y *E. dispar*, son idénticos en el microscopio óptico, sin embargo, en el microscopio electrónico los trofozoítos patógenos se diferencian al observar eritrocitos en el citoplasma (1).

**Ciclo de vida**: el quiste es la forma infectante ya que el trofozoíto es destruido por el jugo gástrico. El quiste en el duodeno da lugar al trofozoíto que invade la pared del intestino grueso causando la sintomatología correspondiente (1,3).

**Infección**: se transmite por las heces, pero se disemina por agua, manos, artrópodos, alimentos y objetos contaminados, llegando los quistes a la boca para comenzar la infección. 10% de las personas con *E. histolytica* en el colon presenta sintomatología, siendo éste dependiente de la virulencia del parásito y las defensas del huésped.

Quiste

**Patología**: La *E. histolytica* comienza destruyendo tejidos de forma horizontal y con orificios pequeños de entrada generando úlceras en “botón de camisa” en el colon, llegando a perforarse en casos fatales con mal pronóstico, asociado a mala nutrición y mal estado general. Se observa una reacción leucocitaria en los sitios de invasión de los trofozoítos.

Trofozoíto patógeno con eritrocitos en el citoplasma

**Mortalidad**: El porcentaje de muertes por causa de amebiasis en América tropical varía dependiendo del país (México 5%, Colombia 3.5%, Venezuela de 1.9 a 6.2%) (1).

Mucosa del colon. Se puede observar un punto denominado “botón de camisa”

**Manifestaciones clínicas**: El cuadro clínico es parecido al de otras etiologías, llevando a veces al sobrediagnóstico de amebiasis. Es importante mencionar que el 90% de amebiasis son asintomáticas y causados por *E. dispar* principalmente. Los sitios más frecuentes de infección son en el ciego, sigmoide y recto (1,2).

Se presentan las siguientes condiciones:

|  |  |
| --- | --- |
| **Colitis ulcerativa** | Se diferencia de varias etiologías por la ausencia de regeneración epitelial. Las lesiones se presentan sólo en el colon |
| **Colitis no disentérica crónica** | Años de diarreas intermitentes, acompañado de un cuadro inespecífico de náusea que lleva al vómito, malestar general, dolor, diarrea, entre otros. |
| **Ameboma** | Casi nunca es identificado, el organismo reacciona de manera exagerada contra la ameba y forma tejidos de granulación comúnmente en el ciego y colon ascendente |
| **Disentería fulminante** | Rara, con destrucción intenta de la pared intestinal acompañado de perforaciones múltiples, pudiendo llegar a peritonitis |
| **Rectocolitis aguda** | Cuadro con deposiciones sanguinolentas y mucosas, acompañado de dolor, compromiso del estado general y pérdida de peso (2). |

**Diagnóstico**: Debe ser primero clínico y después comprobar con el resultado con el laboratorio. Sin embargo, una diarrea no característica puede ser causado por diversos agentes como rotavirus, *Salmonella sp, E.* *coli* *enteropatógeno*, entre otros. Además, diferenciar de otras enfermedades no infecciosas que producen colitits como: colon irritable, diverticulitis, adenocarcinoma, entre otros.

**Examen coprológico**: Macroscópicamente si se observa sangre y moco debe sospecharse de una amebiasis. En el examen microscópico se reconocen quistes y trofozoítos que son examinados con solución salina u otros preparados como lugol, hematoxilina, entre otros. Se recomienda realizar un estudio coprológico seriado (3 distintos exámenes en un periodo de 10 días) para aumentar la sensibilidad/especificidad de la prueba.

**Otros exámenes**: se pueden hacer cortes histológicos de úlceras en la amebiasis intestinal; pruebas genéticas como PCR; la presencia de anticuerpos mediante pruebas serológicas.

**Epidemiología**: estos protozoos tienen una prevalencia alta y variada en países pobres, entre 4 a 15%. Un estudio en una zona rural de Esmeraldas, Ecuador, mostró un 98,7% de parasitismo intestinal, donde el 27% dio positivo para *E. histolytica/dispar.*

**Fuente de infección**: en la amebiasis humana es el hombre, recordando que la única forma infectante es el quiste, mostrando ser las personas asintomáticas los mayores transmisores por la falta de tratamiento al parásito. Entonces se puede decir que los pacientes asintomáticos son importantes desde el punto de vista epidemiológico, y los pacientes sintomáticos son los importantes desde el punto de vista clínico.

**Prevención**: Buen lavado de manos y alimentos ya que cantidades muy pequeñas de materia fecal puede causar la infección. El saneamiento ambiental es también un factor importante para disminuir la incidencia, así como el agua bien tratada (1,4).

**Tratamiento**: Los medicamentos 5-nitroimidazólicos (Metronidazol, Tinidazol y Secnidazol) actúan contra los trofozoitos en los tejidos y las amidas (Teclozán) en la luz intestinal. Recordar siempre que existen varios fármacos efectivos para una cierta enfermedad. Ingerir después de las comidas y no consumir alcohol.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE GENÉRICO DE FÁRMACO** | **DOSIS** |
| Metronidazol | 35-50 mg por kg  500 mg c/8 horas por 8 días |
| Tinidazol | 15 – 30 mg por kg por día c/12 horas por 5-7 días  1 gr c/12 horas por 5 – 10 días |
| Secnidazol | 30 mg por kg por día dosis única  2 gr dosis única |
| Teclozán | 6 mg por kg por día |
| Paromomicina | 500 mg cada 6 horas por 7 días (para prevenir recurrencias; no disponible en Ecuador) (5) |

**Amebiasis hepática**: es la más frecuente de las amebiasis extraluminales, localizando principalmente un absceso y material necrótico en el lóbulo derecho en su porción superior. Algunas manifestaciones clínicas generales son malestar, fiebre, dolor en la zona hepática y hepatomegalia. En la anamnesis es de gran valor indagar sobre cuadros intestinales anteriores.

El diagnóstico diferencial se debe hacer junto a otras patologías que producen tumores hepáticos y dolor abdominal. Son más útiles pruebas imagenológicas, inmunológicas, genéticas, entre otros.

Absceso amebiano hepático

**Otras amebiasis extraintestinales**: Son poco frecuentes, pero cuando se presentan llegan a ser muy graves. Suele existir una amebiasis de localización múltiple, causa de la diseminación fácil por vía hematógena o por contigüidad. La amebiasis puede ser pleuropulmonar, cutánea y de mucosas, cerebral amebiano, entre otros (1).

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Botero D, Restrepo M, et al. Parasitosis humana. 5th ed. Medellin: Corporaciones para Investigaciones Biologicas; c2012. p. 37-71.
2. Cornick S, Chadee K. Entamoeba histolytica: host parasite interactions at the colonic epithelium. Tissue Barriers [Article]. 2017;5(1): <https://doi.org/10.1080/21688370.2017.1283386>
3. Becerril MA, Aguirre M, Becker I, et al. Parasitologia humana. 3rd ed. México D.F.: McGraw Hill; c2011. p. 22-25.
4. Debnath A, Rodriguez MA and Ankri S. Recent Progresses in Amebiasis. Front. Cell. Infect. Microbiol [Article]. 2019;9:247. doi: 10.3389/fcimb.2019.00247
5. Roland T, Yildiz H, Vandercam B, et al. Persistent fever and right hypochondrium pain. BMJ Case Rep [Article] 19 June 2017. doi:10.1136/bcr-2017-221254