

MUERTE POR AMEBIASIS INTESTINAL CRÓNICA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

Janny Fernanda Verdugo-Barrera*, Héctor Esteban Celaya-Sandoval**, Jorge Isaac Cardoza-Amador***

*Estudiante de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Sonora. Jannyfjb@gmail.com

**Estudiante de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Sonora. Hectorcelaya47@gmail.com

***Médico especialista en Medicina Interna, Hospital General del Estado de Sonora "Ernesto Ramos Bours", Jefe del Departamento de Medicina de la Universidad de Sonora. Jorge.cardoza@unison.mx

RESUMEN

La amebiasis intestinal es una infección parasitaria gastrointestinal provocada por la ameba *Entamoeba histolytica*, la cual ya tiene un tratamiento específico con resultados favorables para la mayoría de los pacientes. El fallecimiento aún tras seguir el tratamiento recomendado es algo poco común y por lo cual el caso debe estudiarse con el fin de determinar la verdadera causa de muerte. En esta presentación se examina el historial de un paciente masculino de 48 años que declara toxicomanías para cristal. Ingresa por dolor abdominal tipo punzante, acompañado de evacuaciones diarreicas con moco y sangre, además de fiebre no cuantificada. Por el primer ingreso, se administra solución Hartmann, además de ciprofloxacino y tratamiento sintomático, a partir de ello se da el primer egreso del paciente, el cual declara supuesta mejoría. Siete días después, reingresa el paciente por complicaciones asociadas al padecimiento; se realiza inmediata cirugía donde se observan perforaciones de colon de hasta 1 cm de diámetro, finalmente debido a una septicemia el paciente fallece.

Palabras Clave: *Amebiasis intestinal, toxicomanías, perforaciones de colon, septicemia.*

INTRODUCCIÓN

Las infecciones gastrointestinales están consideradas como una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, dentro de estas, encontramos a la parasitosis por amebiasis en el tercer lugar. Alrededor del 10 a 20 por ciento de la población mundial se considera infectada y el 10 por ciento de esta población sufre de enfermedad con una letalidad que en números oscila entre 500 millones de infectados, 50 millones de enfermos y entre 40 y 110 mil muertes. En México los porcentajes promedio son los siguientes: 16 millones de portadores, 1.3 millones de enfermos y de 10 mil a 30 mil muertes. En el año 2017 se presentaron en Sonora un total de 2184 casos, donde 938 fueron hombres y 1246 mujeres.

La parasitosis amebiana es una enfermedad endémica, cuyo padecimiento lleva un alto número de

portadores asintomáticos, en caso de mostrar síntomas, estos se presentan como diarrea con moco o sangre, dolor abdominal y sangrado intestinal en heces. Si bien, el tiempo de evolución de esta enfermedad puede ser muy variable, abarcando períodos de días hasta años. Con un correcto diagnóstico y un tratamiento oportuno, no debería de haber muertes por amebiasis. La actual mortalidad se atribuye a la falta de infraestructura sanitaria, pacientes acudiendo a los centros de salud en estadios muy avanzados, sin posibilidad de llevar a cabo el tratamiento correctamente; en organismos inmunológicamente deprimidos las muertes son prematuras debido a esta enfermedad. Un factor de riesgo presente en el caso, es el uso de la metanfetamina, un potente supresor para el sistema inmunológico, que produce efectos directos y secundarios los cuales comprometen a la salud.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 48 años quien inicia 18 días antes de su ingreso con un cuadro de dolor abdominal de tipo punzante y diarreas con presencia de moco y sangre. El cuadro no remite, motivo por lo cual acude al Hospital General del Estado. A su ingreso presenta signos vitales dentro de los parámetros, abdomen distendido con signo de Murphy y McBurney positivos; se realiza tomografía computarizada abdominal, donde se observa engrosamiento de parte de íleon terminal, colon ascendente, transverso, descendente y sigmoides.

Los exámenes señalan anemia normocítica normocrómica, lesión renal aguda e hipocalcemia. Se administra solución Hartmann, ciprofloxacino 400 mg, omeprazol 40 mg IV y ketorolaco 30 mg IV.

Se solicita protocolo de heces y panel viral. Se autoriza el alta al siguiente día, tras la reposición de electrolitos, pues el paciente declara mejoría. Se continúa con el tratamiento administrado y se le pide al paciente volver en caso de presentar dolor abdominal, evacuaciones diarreicas oscuras o con sangre.

Siete días después el paciente reingresa a la unidad de terapia intensiva bajo intubación orotraqueal y sedoanalgesia, con datos de choque séptico de origen abdominal, secundario a probable perforación de colon. Se procede con una laparotomía, una colectomía subtotal y un lavado quirúrgico a abdomen abierto. La cirugía inicia con protocolo de asepsia y antisepsia, seguido se colocan campos estériles y se realiza una incisión supra e infraumbilical en la línea media, se disecciona por planos hasta llegar a cavidad abdominal, donde se obtiene de forma inmediata abundante salida de aire y líquido purulento muy fétido, se aspira en cuatro cuadrantes, se identifica epiplón emplastrado sobre todo en colon y asas del intestino delgado; el colon se en-

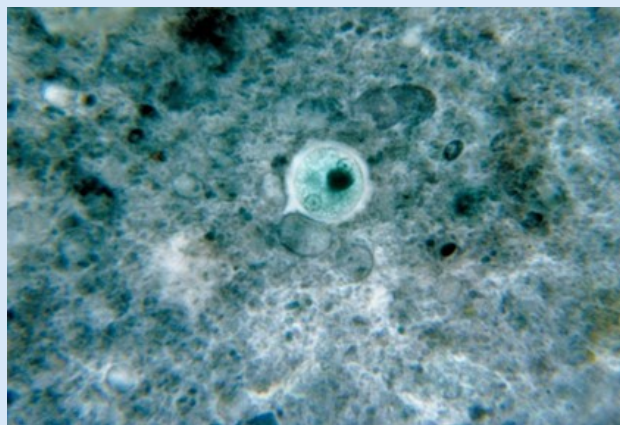


Figura 1. Micrografía teñida con negro de clorazol; muestra quiste de *Entamoeba histolytica*, esta es una ameba patógena de distribución mundial, asociada con infecciones intestinales y extraintestinales. (Autor: George Healy)

cuentra en su totalidad necrótico con una textura friable y dehiscente, con múltiples perforaciones de 1 cm a lo largo de su longitud, se realiza disección del epiplón sobre intestino, al encontrar el plano se inicia colectomía desde recto, el cual también se encuentra con 50 % de su longitud necrótico y purulento, se procede a pinzar mesenterio hasta con-



Figura 2. Muestra intestinal de un paciente con colitis amebiana aguda. Varias lesiones nodulares muestran áreas características redondeadas, ligeramente elevadas de la mucosa con centros necróticos irregulares rodeados de tejido edematoso hiperémico. Los centros necróticos están llenos de un material mucoso amarillento, excepto en dos úlceras, donde el centro es hemorrágico. Los pliegues de la mucosa que intervienen tienen una apariencia mayormente normal, aunque un segmento está congestionado y edematoso. (Autor: Espinosa-Cantellano, M., & Martínez-Palomo, A.)

cluir colectomía, enseguida se envía muestra a patología, se realiza aseo de cavidad abdominal y se resecan 20 cm distales de íleon con isquemia, se decide cierre de íleon en 3 planos, se colocan sistema Vaccum-Pack en abdomen y se da por terminado el procedimiento. Posterior al procedimiento quirúrgico el paciente persistió con tensiones arteriales bajas y anuria, esto aun con manejos diuréticos en acidosis persistente, a las 21:37 horas cae en paro respiratorio; y a pesar de haber revertido el paro, recae declarando a las 22.00 de defunción. Causas: a) Disfunción orgánica múltiple b) Choque séptico c) Sepsis abdominal d) Perforación del intestino no traumática.

DISCUSIÓN

Se observa una gran distinción entre el primer y segundo ingreso, a pesar de solo haber transcurrido 7 días, para los cuales ya se había expedido una receta médica con un seguimiento apropiado al padecimiento.

Es importante tomar en cuenta los hallazgos en los antecedentes patológicos, especialmente la toxicomanía por cristal, declarada por el paciente, ya que el uso de toxicomanías, puede estar muy relacionado con la inmunosupresión, específicamente las de vía inyectable que son de las más peligrosas, puesto que las infecciones que se encuentran entre las complicaciones más graves representan un papel importante en la transmisión de enfermedades de transmisión sexual como HIV, hepatitis viral, etc. El uso de agujas sucias, la falta de higiene de la piel antes de la inyección, la costumbre de bombear y succionar, también aumentan el riesgo de abscesos.

Cabe mencionar que además de la importancia de la higiene, las condiciones habitacionales y el trauma tisular, existen otros factores como la malnutrición y las afecciones coexistentes que pueden alterar las defensas del huésped y exacerbar el riesgo de infección. Con esta información podemos suponer que existe un mayor factor de riesgo para enfer-

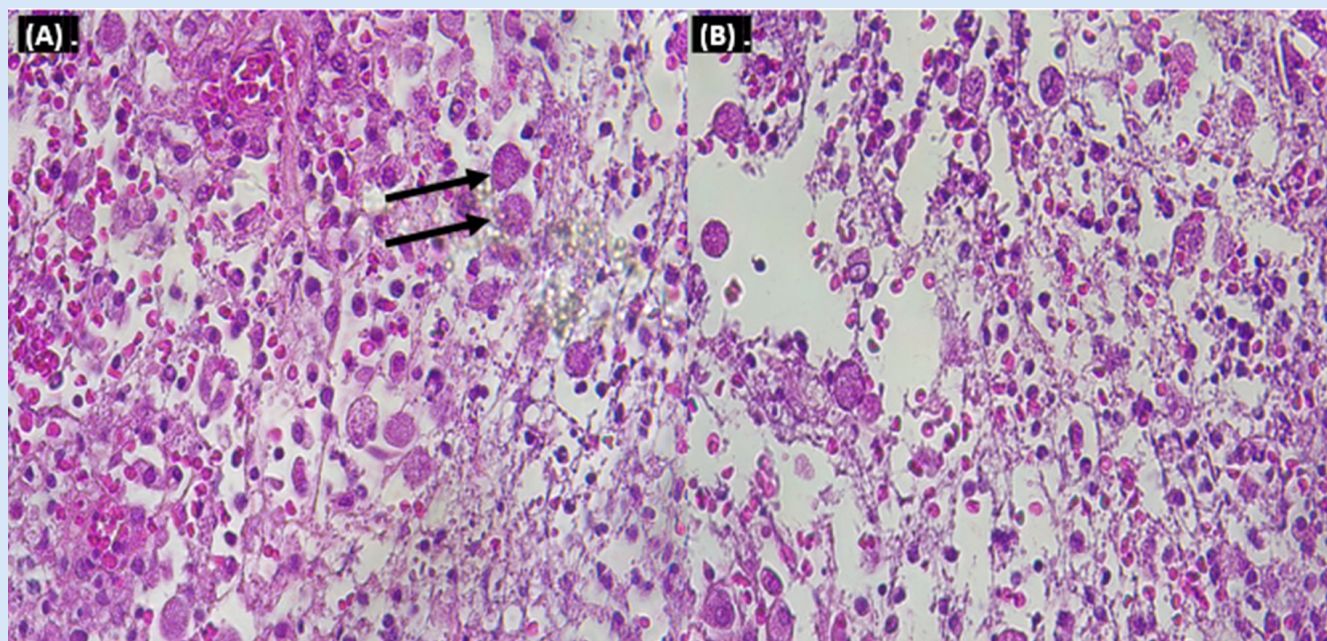


Figura 3. Microfotografía del caso: (A) . H&E x50, úlcera clásica "en forma de matraz" con base más ancha que el ápice. Numerosos trofozoítos en la submucosa (algunos de los cuales contienen glóbulos rojos envueltos (B) . H&E. Los trofozoítos invasores de tejido causan histólisis en la base de la membrana mucosa en el borde de la muscularis mucosae con desprendimiento de la membrana mucosa. En el intestino delgado, los quistes ingeridos liberan trofozoítos en forma de comensales patógenos, la forma diminuta (12-18 micrómetros) y la forma magna histolytica (hasta 20-30 micrómetros) con eritrofagocitosis. La liberación de enzimas proteolíticas provoca la necrosis por colisión. En la ulceración crónica, se desarrolla un ameboma que consiste en tejido de granulación que puede estrechar el intestino e imitar el carcinoma.

medades comprometedoras del sistema inmunológico.

También destaca el contexto psico-social, ante el cual nos encontramos con un paciente el cual se toma 18 días para acudir a su centro de salud, a tratar el dolor abdominal de tipo punzante y sus múltiples diarreas con sangre. Resaltemos el hecho que, ante solo una noche de reposo en piso, se autoriza el alta del paciente el cual refiere supuesta mejoría. Con estos hallazgos, es evidente por qué al momento del segundo ingreso, se encuentra un cuadro de septicemia tan avanzado.

Dados los descubrimientos macroscópicos destacados en la laparotomía, no cabe duda de que se presentó un caso severo de septicemia. Seguido de esto, con los estudios por parte del departamento de patología; tras estudiar los segmentos proporcionados de intestino grueso (corte el cual presenta una longitud de 70cm y un diámetro variable de 2 a 3 cm, además de presentar múltiples perforaciones con un diámetro de hasta 1 cm).

Se encontraron en los cortes histológicos del mismo, extravasación de eritrocitos e infiltrado inflamatorio, como se esperaría de este tipo de infecciones, pero además se identifican trofozoítos de *Entamoeba Histolytica*, con lo cual confirmamos la amebiasis como la enfermedad causante de los padecimientos y posteriormente la muerte del paciente.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de abdomen agudo siempre debe considerar la posibilidad de asociarse con lesiones orgánicas, físicas, mecánicas o con enfermedades de origen metabólico e infecciones. Un médico debe de contar con la capacidad de discernir entre internar a un paciente o autorizar el alta, basándose en la anamnesis, estudios de laboratorio, micro o macrofotografías, etc. De haberse encontrado el parásito con anterioridad, se hubiera podido dar un tratamiento más eficaz. Cabe mencionar y destacar que no es posible determinar si el parásito *Entamoeba Histolytica* fue o no el motivo de ingreso, puesto que esta pudo desarrollarse durante el periodo habido entre el primer y segundo ingreso. También se muestra un gran interés a la relación entre toxicomanías por cristal y la depresión del sistema inmunológico; tema el cual debe ser objeto de estudio para futuras investigaciones.

AGRADECIMIENTOS

El trabajo presentado fue realizado con el apoyo de la Dra Karla Patricia Navarro Romero, Residente de la especialidad de medicina interna del Hospital General del Estado y la Alumna Ana Paola Morales Pérez de 4to semestre de la Licenciatura de Medicina de la Universidad de Sonora en Hermosillo.

“El saber de mis hijos hará mi grandeza”

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Amebiasis. [en línea]. 2020. [fecha de acceso el 3 de enero del 2020] Disponible en: <https://www.who.int/ith/diseases/amoebiasis/en/>
2. Medlineplus. Amebiasis. Enciclopedia médica. [en línea]. 2020. [fecha de acceso el 3 de enero del 2020] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000298.htm>
3. Medina A. F. Parasitosis intestinales. [en línea]. [fecha de acceso el 3 de enero del 2020];12: disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/parasitosis_0.pdf
4. New York States. Amebiasis (disentería amebiana). Department of health. [en línea]. 2003. [fecha de acceso el 6 de enero del 2020] Disponible en: https://www.health.ny.gov/es/diseases/communicable/amebiasis/fact_sheet.htm
5. Conde M. Entamoeba histolytica: Un Desafío Vigente. [en línea]. 2019. [fecha de acceso el 6 de enero del 2020] Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5508/5881>
6. Keith K. Enterocolitis in immunocompromised patients. Science direct. [en línea]. 2020. [fecha de acceso el 6 de enero del 2020];16: Disponible en: www.elsevier.com/locate/semmp
7. Lamps L. W. Infectious Diseases of The lower Gastrointestinal Tract. [en línea]. 2020. [fecha de acceso el 6 de enero del 2020];30: Disponible en: <file:///C:/Users/hecto/Downloads/1189-1237-1-PB.pdf>
8. UNAM. México, país endémico de la amebiasis. [en línea]. 2013. [fecha de acceso el 6 de enero del 2020] Disponible en: https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2013_436.html
9. Crevena P. B. Epidemiología de la amebiasis. Sal. púb. Méx, XIX. 1977. [fecha de acceso el 6 de enero del 2020];10:



ARTÍCULO DE PRESENTACIÓN DE CASO

10. Ximenez G. ¿Es la amebiasis un problema de salud publica?. *Ciencia* [en línea]. 2013. [fecha de acceso 20 de enero del 2020];10: Disponible en https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/64_2/PDF/AmibiasisProblema.pdf
11. Secretaria de salud. Sistema Nacional de vigilancia epidemiológica sistema único de información. SINAVE. [en línea]. 2017. [fecha de acceso 20 de enero del 2020];64: Disponible en <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/285868/sem52.pdf>
12. Santiago. Historia del protozoos entamoeba histolytica. *Rev med.* [en línea]. 2008.[fecha de acceso 20 de enero del 2020] (136);1: Disponible en https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100015
13. Intramed. Infecciones bacterianas en drogadictos. Artículo. [en línea]. 2006. [fecha de acceso 20 de enero del 2020] Disponible en <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=39592>

