

# **COLITIS AMIBIANA FULMINANTE**

## **Reporte de un Caso y revisión de la literatura**

Irina Abril Pérez. Eric Lagos Ramirez, Estudiantes VIII Semestre Medicina y Cirugía  
Asesor: Dr. Rodolfo Cabrales Vega

---

Palabras Claves: Amibiasis, colitis amibiana fulminante, peritonitis

---

### **Resumen**

Se presenta caso de una paciente de 15 años, primigestante (embarazo de 31 semanas) con cuadro clínico de mas o menos 10 días de evolución consistente en deposiciones diarreicas líquidas, explosivas, dolor tipo cólico que empeora en evolución, recibe manejo médico y posteriormente es hospitalizada por no mejoría de su cuadro. En el posparto la paciente continúa con cuadro de abdomen agudo, al practicársele una radiografía simple de abdomen, hay evidencia de neumoperitoneo, se ordena laparotomía exploratoria. Se encuentran múltiples perforaciones en colon, le fue practicada colectomía subtotal.

El hallazgo anatomopatológico revelo colitis amibiana fulminante, la cual tubo complicaciones sépticas posteriormente.

Se hace énfasis en la importancia del especial cuidado para la detección de pacientes especiales y su manejo, además de las

dificultades diagnósticas que hay frente a un problema tan común como la amibiasis.

### **Introducción**

La amibiasis continúa siendo un problema importante de salud pública en el país. La mejoría de la infraestructura de acueductos y alcantarillados en las áreas urbanas de nuestro país y en el sector rural ha disminuido enormemente la tasa de morbimortalidad por esta; sin embargo seguimos teniendo una gran cantidad de casos anuales de diarrea disentérica, colitis ulcerativa amibiana y casos aislados de afecciones extraintestinales de la amibiasis.

Por tal motivo nos parece importante dar a conocer el caso de una colitis amibiana perforada que provocó graves consecuencias a una paciente.

## Caso Clínico

Paciente mujer de 15 años de edad, ama de casa, primigestante (31 semanas) con cuadro clínico aproximadamente de 10 días de evolución consistente en diarrea líquida, explosiva, sanguinolenta, en ocasiones acompañada de pujo; concomitantemente presentaba dolor tipo cólico en epigastrio y mesogastrio, por lo cual decide consultar a centro de primer nivel donde le inician tratamiento antibiótico y es dada de alta. Continúa con su sintomatología, es remitida a segundo nivel y posteriormente a tercer nivel donde la hospitalizan con diagnóstico de embarazo a término y EDA invasiva.



**Foto 1.** Paciente con evidencia de pérdida de peso.

Ingresa por urgencias y se ordena hospitalización con indicación de L.E.V., nada vía oral, tratamiento analgésico con dipirona y antibióticoterapia (ampicilina); se solicitan los paraclínicos descritos en la tabla 1:

**Tabla 1. Paraclínicos solicitados al ingreso**

EXAMEN	RESULTADO
Cuadro Hemático	Hb 12.3, Ht 38, Leu 18600, N60%, L 12% Cayados 14%
Parcial de Orina	Sin alteraciones
Coprológico	Negativo para parásitos
VSG	48
MEF	Alterada por desequilibrio electrolítico
RPL	No reactivo
Coombs indirecto	Negativo
Ecografía Obstétrica	Embarazo de 33 semanas, feto único, vivo, longitudinal, cefálico PFE 2300 gr, placenta corporal GII

Se le ordena también control de FCF (160 por minuto) y actividad uterina (4 contracciones en 10 minutos con intensidad de una cruz y duración de 30 seg.). Continúa con deposiciones diarreicas sanguinolentas y picos febriles. En valoración por ginecobstetricia se determina existencia de amenaza de parto pretérmino.

Sin evolución hacia la mejoría hasta este momento; al quinto día después del ingreso, la paciente presenta sangrado vaginal y abruptio de placenta por lo que se programa cesárea iterativa urgente. En quirófano se produce parto espontáneo con producto de sexo femenino en buenas condiciones generales, la paciente se muestra apática al bebé por lo que se solicita valoración por psiquiatría; en esta valoración se considera una reacción normal debido al estado de salud en el que se encuentra ésta.

Al octavo día continúa con sintomatología digestiva y con un cuadro séptico, en éste momento

los paraclínicos muestran lo siguiente. Tabla 2:

<b>Tabla 2. Paraclínicos solicitados día 8 hospitalización</b>		
<b>EXAMEN</b>	<b>RESULTADO</b>	
Cuadro Hemático	Hb 7.8, Ht 25, Leu 5200,	
	N 59%, L 13% Cayados 23%	
PCR	192	
VSG	45	
Parcial de Orina	Muestra presencia de gram (-)	
Creatinina	0.5	
Electrolitos	Ca 6.84, Cl 104.9, K 2.5, Na 135	
Eco abd. pelvica	Ascitis leve de origen a establecer	

Ante evidencia de abdomen agudo se solicitan Radiografía simple de abdomen (de pie) y radiografía de torax, las cuales muestran neumoperitoneo (ver foto 2) por lo cual se programa de inmediato para laparotomía exploratoria.



**Foto 2.** Evidencia de neumoperitoneo.

### Hallazgos

En laparotomía se encuentran múltiples perforaciones en todo el colon, peritonitis fecal secundaria decidiéndose entonces realizar una colectomía subtotal, lavado exhaustivo de cavidad abdominal e ileostomía tipo Hartman, y se manda muestra a patología .

Índices de NNIS = 2 y SENIC= 3



**Foto 3.** Colon resecado (muestra para patología)

Luego de cirugía es llevada a la unidad de cuidados intensivos con pronóstico reservado. Al noveno día encontramos una paciente en fase de reanimación, con hipoperfusión, oliguria, SRIS con evidencia de infiltrados difusos de lesión pulmonar en radiografía de tórax con desorden electrolítico:  $Ca^{+}$  de 6.74 y un  $K^{+}$  de 2.4.

Al día siguiente es llevada de nuevo a quirófano para realizar second look en la cual se drenan aproximadamente 3.000 cc de líquido caliente no fétido y sin alteración en rafias

Un día después es llevada nuevamente a quirófano con hallazgo de abdomen limpio. Durante los 4 días siguientes a ésta última revisión el estado de la paciente es constante pero a los dos días siguientes presenta anasarca SDR, drenaje bilioso de 2500 cc por sonda nasogástrica con hallazgo al examen físico de murmullo rudo en ambos campos pulmonares, complicaciones probables de la hospitalización y compromiso nutricional. Al día

siguiente la paciente sale de la UCI con TA 111/55, FC 77, FR 20, T 36.5°C, trastorno de la oxigenación, buena evaluación clínica, compromiso sistémico sin SRIS ni compromiso hemodinámico.

Tres días más tarde se halla herida limpia, edema que respondió a tratamiento, drenaje adecuado por ileostomía, ruidos intestinales presentes con roncos y estertores en ambos campos pulmonares. Se ordena vía oral dieta líquida a tolerancia, y cultivo de catéter subclavio en el que se halla enterococo fecalis resistente a trimetropin, se realiza tratamiento y al día siguiente la paciente refiere sentirse muy bien, tolera vía oral, presenta diuresis adecuada, deposición normal por ileostomía, sin fiebre, con escaso dolor en herida, sin signos de infección, hemodinamicamente estable y con notoria evolución hacia la mejoría.



**Foto3.** Paciente en postoperatorio

Dos días después se ordena salida con curaciones en hospital local de primer nivel. En aceptables condiciones generales, afebril, hidratada, sin SDR, hemodinamicamente estable y evolucionando hacia la mejoría con el plan descrito a continuación:

Manejo ambulatorio en Hospital local, curaciones, analgesia.

### **Hallazgos Anatomopatológicos**



**Foto 5.** Múltiples ulceraciones en colon.

Se reporta: mucosa colónica, apéndice y omento con focos de cambios reactivos de tipo reparativo en el epitelio y en la lámina propia aumento del infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, edema y congestión vascular. Un tercer fragmento presenta marcada disminución de la población de células caliciformes, con marcado aumento del infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario en la lámina propia además de infiltrado inflamatorio polimorfonuclear neutrófilo, con formación de microabscesos e infiltrando el epitelio glandular, edema y neovascularización con focos de ulceración. Hay microorganismo con eritrofagocitosis.

### **Discusión**

La amibiasis es una enfermedad que continúa siendo frecuente en los países con nivel socioeconómico bajo y con altas tasas de desnutrición y analfabetismo, se ha

considerado que la prevalencia mundial es de 500 millones de personas infectadas de las cuales solo el 10% lo están por *E. Histolytica* (única especie parásita capaz de invadir tejidos) y de estas solo el 10 – 25% son sintomáticas<sup>1</sup>.

En Colombia se calculan prevalencias del 40% de la población<sup>2</sup>.

En una encuesta seroepidemiológica efectuada en 1984 a nivel mundial, se encontraron entre la población los siguientes datos de prevalencia de la amibiasis: Estados Unidos con 4%, Brasil 8%, Argentina 6%, Colombia 33%, India 38%, Gambia 40% y México con 55%. Al investigar a portadores se encontró a Estados Unidos con 15%, Costa Rica 21%, India 22%, Gambia 40%<sup>3</sup>.

En el hombre la amibiasis presenta cuadros diferentes que conviene clasificarlos de la siguiente manera:

- Amibiasis no invasora:  
Proctocolitis amibiana, Disentería amibiana
- Amibiasis invasora:  
Tifloapendicitis amibiana, Colitis amibiana fulminante, Absceso hepático amibiano, esplénica, pulmonar, pericárdica, genital, anal. entre otras.

La lesión específica es la úlcera amibiana y su imagen endoscópica es patognomónica, al igual que el estudio anatomopatológico que es característico de úlcera submucosa, (en botón de camisa) con nula fibrosis y reacción inflamatoria mínima.

La colitis amibiana fulminante es una forma de amebiasis hiperaguda con sintomatología mucho mas intensa que la colitis amibiana disentérica, hay exacerbación del dolor abdominal, diarrea, tenesmo, vómito, anorexia y enflaquecimiento, frecuentemente hay infecciones bacterianas agregadas, en el 80% de los casos se presenta atonía o hipotonía del esfínter anal, finalmente el paciente entra en choque puede presentar complicaciones como colitis gangrenosa y perforación intestinal; mas frecuentes en pacientes con desnutrición avanzada y deficiencias inmunológicas, mujeres embarazadas o durante el puerperio y en menores de 2 años.

En México por ejemplo la amibiasis es un problema cotidiano, pues ya en 1925, se encontraba a la amibiasis en el 4º lugar como causa de muerte con tasas de más de 1000 X 100.000 habitantes y con cifras de mortalidad por absceso hepático amibiano de más del 60 % y en los casos de colitis amibiana fulminante, de hasta el 100 %; hecho relevante para la salud pública en dicho país<sup>4</sup>.

Aristizabal y Acevedo del Departamento de Cirugía de la Universidad de Antioquia reportan 50 casos de pacientes adultos con colitis amibiana fulminante que presentaron una mortalidad global del 60%, disminuyendo esta al hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento agentes antiamebianos como metronidazol y una intervención quirúrgica oportuna y agresiva<sup>5</sup>; lo cual refieren tambien otros autores como Gupta S y Sharma CL<sup>6</sup>.

Varios Japoneses aseguran que la cirugía radical para colitis amibiana conlleva altas tasas de mortalidad, pero de todas maneras la cirugía es necesaria si el paciente desarrolla peritonitis fecal<sup>7</sup>.

Reportes franceses aseveran que las tasas de mortalidad en colitis amibiana no complicada son menores del 0.5%. Las complicaciones que requieren cirugía se desarrollan solo en el 6 a 11% de pacientes con enfermedad sintomática; y en estas la tasa de mortalidad es del 40 a 100%<sup>8</sup>.

En la mayoría de los casos de colitis fulminante amibiana se sospecha el diagnóstico en el momento de la operación y solo se confirma con el examen histológico. Así fue la experiencia de Ellyson JH, Bezmalinovic Z, Parks SN, y Lewis FR Jr<sup>9</sup> quienes reportaron 6 casos de dicha enfermedad. En dos pacientes hicieron hemicolectomía derecha con ileostomía y en los cuatro restantes practicaron colectomía subtotal con ileostomía; solo uno sobrevivió y fue el que recibió tratamiento con metronidazol en el preoperatorio, los diagnósticos fueron hechos con base en el reporte de patología.

La colitis amibiana fulminante debemos considerarla una verdadera catástrofe abdominal puesto que presenta alteraciones histopatológicas graves como la necrosis, y la perforación y en ocasiones cursa con gran destrucción de los plexos mioentéricos y submucosos, provocando el cuadro conocido de megacolon tóxico. Dicho cuadro, tan agresivo, entraña mortalidad

elevada que actualmente se ha logrado disminuir gracias al tratamiento quirúrgico agresivo de resección de toda la lesión y doble estoma abocado a piel. Es más frecuente en lactantes y niños pequeños, en países tropicales, en recién nacidos malnutridos y en pacientes con SIDA, existen casos graves con gangrena intestinal, peritonitis, obstrucción intestinal, perforación y hemorragias.

La malnutrición en general, pacientes viejos, uso de esteroides, embarazo cáncer y el alcoholismo predisponen a las personas a padecer una enfermedad más severa al igual que la inmunosupresión<sup>10</sup>.

## **Conclusiones**

Se presentó el caso de una paciente embarazada en malas condiciones nutricionales con amibiasis, la cual se complica presentándose un cuadro de abdomen agudo por múltiples perforaciones del colon (colitis fulminante). Eran de esperarse las posteriores complicaciones sépticas y la tórpida evolución del cuadro antes presentado debido al tardío diagnóstico.

## **Recomendaciones**

La amibiasis complicada es una entidad de difícil diagnóstico, haciéndose este en la mayoría de los casos con el reporte histopatológico.

Es necesario tener un especial cuidado con pacientes especiales y con presencia de factores de riesgo para realizar un diagnóstico y manejo adecuado rápidamente y

así, evitar la intervención quirúrgica, posibles complicaciones sépticas y finalmente la muerte.

---

### Referencias

1. David Botero. Marcos Restrepo. Parasitosis Humanas, 3 ed. Pag 42.
2. Ma. del Carmen Conde-Bonfil Carlos de la Mora-Zerpa. Entamoeba Histolytica: un desafío vigente.
3. José Antonio Gómez Campderá, Rosa Rodríguez Fernández y M.I. González Sánchez, Parasitosis Intestinales frecuentes.
4. Manuel Mojica Peñaranda MD. Elisa Mojica Muñoz, MD. Colitis amebiana.
5. Aristizabal H, Acevedo J, Botero M. Fulminant amebic colitis. World J Surg. 1991 Mar-Apr;15(2):216-21
6. Gupta S, Sharma CL. Massive necrosis and perforation of the colon in amebiasis. Am Surg. 1975 Jul;41(7):429-31.
7. Ishida H, Inokuma S, Murata N, Hashimoto D, Satoh K, Ohta S. Fulminant amebic colitis with perforation successfully treated by staged surgery: a case report. J Gastroenterol. 2003;38(1):92-6.
8. Brooks JL, Kozarek RM. Amebic colitis. Preventing morbidity and mortality from fulminant disease. Postgrad Med. 1985 Jul;78(1):267-74.
9. Ellyson JH, Bezmalinovic Z, Parks SN, Lewis FR Jr. Necrotizing amebic colitis: a frequently fatal complication. Am J Surg. 1986 Jul;152(1):21-6.
10. A.D.A.M., Inc. is accredited by URAC