

Ameboma simulando carcinoma de colon sigmoides

Ameboma simulating sigmoid colon carcinoma

Carlos Alberto Dávila-Hernández,¹
Galo Franks Bendezú-Ramos,²
Julissa Enimia Del Rosario Cardenas-Trejo,³
Libertad Sonja Navarro-Canchari,³
Diana Esther Picoy-Romero,⁴
Cindy Esther Picoy-Romero⁵

Dávila-Hernández CA, Bendezú-Ramos GF, Cardenas-Trejo JE, Navarro-Canchari LS, Picoy-Romero DE, Picoy-Romero CE. Ameboma simulando carcinoma de colon sigmoides. 2021;34(2): 72-75. <https://doi.org/10.36393/spmi.v34i2.600>

RESUMEN

Mujer de 14 años de edad, que presentó diarrea con sangre y dolor abdominal localizado en el cuadrante inferior izquierdo, intermitente, tipo cólico. Antecedentes sin importancia. Se le halló hipotensa, quejumbrosa, con ruidos hidroaéreos aumentados, dolor a la palpación en el flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda. El estudio de imágenes sugirió una neoplasia de colon sigmoides que infiltraba el mesenterio adyacente y líquido libre en cavidad. La colonoscopia evidenció una lesión proliferativa, estenosante y la superficie con múltiples ulceraciones con fibrina adherida. Al incrementarse el dolor, fue operada como abdomen agudo. Se le realizó una sigmoidectomía más anastomosis colo-colónica termino-terminal. El estudio histopatológico fue consistente con ameboma de colon sigmoides, con la presencia de trofozoitos de *Entamoeba histolytica*.

Palabras claves: ameboma, *Entamoeba histolytica*, colon sigmoides, carcinoma de colon.

ABSTRACT

A 14-year-old woman who developed diarrhea with blood and abdominal pain located in the lower left quadrant, intermittent, colic type. Unimportant background. She was found hypotensive, complaining, with increased bowel sounds, pain to palpation on

the left flank and left iliac fossa. The imaging study suggested a sigmoid colon neoplasm that infiltrated the mesentery and free cavity liquid. Colonoscopy showed a proliferative, stenosing lesion and the surface with multiple ulcerations with fibrin attached. As pain increased, she underwent surgery as an acute abdomen. She had a sigmoidectomy plus end-to-end colon-colonic anastomosis. The histopathological study was consistent with sigmoid colon ameboma, with the presence of *Entamoeba histolytica* trophozoites.

Keywords: ameboma, *Entamoeba histolytica*, sigmoid colon, colon carcinoma.

¹ Médico internista. Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica y Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada San Juan Bautista - Filial Ica. Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú.

² Médico residente de medicina interna. Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú.

³ Médico residente de radiología. Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú.

⁴ Médico residente de patología clínica. Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Hospital IV Augusto Hernández Mendoza - EsSalud, Ica, Perú.

⁵ Médico residente de patología clínica. Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica. Hospital Regional de Ica - MINSA, Ica, Perú.

INTRODUCCIÓN

La parasitosis por *Entamoeba histolytica* es una de las más frecuentes a nivel mundial siendo su incidencia mayor en los países del Tercer Mundo donde los tratamientos de aguas contaminadas no son los más eficientes.¹ Entre los infectados, el 90% son asintomáticos y el 1% puede

desarrollar amebiasis invasiva o afectar a otros órganos.² Los tipos de presentación dentro de la enfermedad colónica son colonización asintomática, colitis amebiana aguda, colitis fulminante y ameboma.³

El ameboma es una complicación rara de la infección crónica amebiana que causa una masa de tejido de granulación con fibrosis periférica intraluminal que imitan el carcinoma de colon y que ocurre en pacientes con amebiasis no tratada o tratada de manera inadecuada.^{4,5} Por lo tanto, es importante conocer las similitudes y diferencias de esta patología para que se pueda realizar el diagnóstico y tratamiento adecuado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 14 años de edad, con un tiempo de enfermedad aproximado de cuatro semanas, empezó con deposiciones líquidas hasta en 20 cámaras por día, sin moco, sin sangre, acompañadas de dolor abdominal localizado en los cuadrantes inferiores, con 4/10 de intensidad según escala del dolor, por lo que acudió a un médico particular, quien le prescribió ciprofloxacino 500 mg dos veces al día por 7 días más suero rehidratante oral, mejorando parcialmente. Dos semanas después, las deposiciones líquidas persistían, dos a tres veces al día y con rasgos de sangre, por lo que acudió al hospital donde la evaluaron y le hicieron un examen parasitológico que dio como resultado *Entamoeba coli*, y le prescribieron metronidazol 500 mg vía oral dos veces al día, escopolamina butilbromuro 10 mg vía oral tres veces al día y suero de rehidratación oral, presentando mejoría. Ingresó al servicio de emergencia del hospital presentando dolor abdominal desde cuatro horas antes, intermitente, tipo cólico, localizado en el cuadrante inferior izquierdo, con 7/10 de intensidad según escala del dolor; y, con deposiciones líquidas con rasgos de sangre. Sin antecedentes de importancia. Al examen clínico: PA 90/60 mm Hg, FC 98 latidos/min. Piel sudorosa, fría. Pulmones: murmullo vesicular normal en ambos hemitórax. Cardiovascular: ruidos cardiacos, rítmicos, de buena intensidad, con tendencia a la taquicardia, sin ruidos agregados. Abdomen: ruidos hidroaéreos aumentados, doloroso a la palpación en el flanco izquierdo y fosa iliaca izquierda. Puño percusión lumbar (+) izquierda. Sistema nervioso: despierta, quejumbrosa, pupilas: isocóricas, fotorreactivas, motilidad activa conservada, no signos meníngeos.

Exámenes auxiliares: hemograma con 11 750 leucocitos / mm³, Hb 9,5 g/dl, VCM 74 fL (VN 80-98 fL), HCM 24,4 pg, plaquetas 574 000/mm³. Glucosa 95 mg/dl, creatinina 0,69 mg/dl. Ecografía abdominal: hepatomegalia asociada a hiperrefringencia de vasos portales, a descartar proceso infeccioso; liquido libre en cavidad pélvica. Ecografía pélvica: poliquistosis ovárica, liquido libre en cavidad de 100 cc. Tomografía abdomino-pélvica con contraste: considerar neoplasia de colon sigmoides que impresiona infiltrar mesenterio adyacente, liquido libre en cavidad (Figura 1).

Se hospitalizó e inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metronidazol endovenoso. Se amplía la

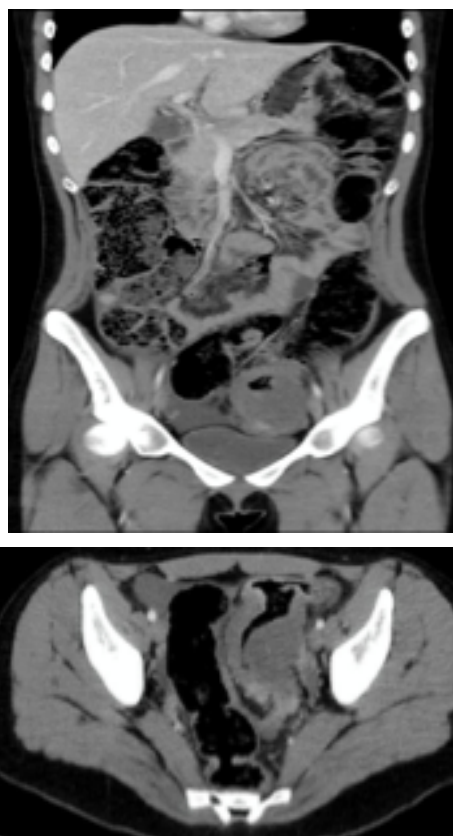


Figura 1. TAC abdominal y pélvica con contraste: masa en la fosa iliaca izquierda (ameboma).

historia clínica con la madre de paciente, quien refirió solo ingestión de vinagre con ensaladas de mucho tiempo atrás. Al siguiente día, el gastroenterólogo realizó una video colonoscopia, informando que aproximadamente a 45 cm del margen anal se observó una lesión proliferativa, estenosante con superficie adyacente comprometida por la presencia de múltiples ulceraciones profundas con fibrina adherida, y se tomó múltiples biopsias; luego, a 10 cm de la lesión descrita se halló un pólipo de 6 mm aproximadamente, y se tomó biopsias; y, el resto de la mucosa fue de aspecto normal. Concluyó, a descartar neoplasia de sigmoides vs estenosis inflamatoria, (Figura 2).

Marcadores tumorales: CEA 2,66 ng/ml (VN <5 ng/ml), CA125 31,5 U/ml (VN <35 U/ml), CA15-3 16 U/ml (VN <35 U/ml), CA19-9 47,54 U/ml (VN <35 U/ml).

La paciente persistió con deposiciones sanguinolentas, se le han trasfundió dos paquetes globulares. La RMN abdominal indicó solo vesícula con barro biliar y la RMN pélvica informó: 1. signos de probable colitis infecciosa del colon sigmoides, con moderado edema submucoso y cambios inflamatorios del mesocolon adyacentes, sin definirse colecciones ni adenopatías; y, 2. liquido libre en la cavidad pélvica, con engrosamiento laminar del peritoneo parietal (probable peritonitis).

El abdomen se tornó más doloroso y pasó a sala de operaciones con diagnóstico de abdomen agudo, le

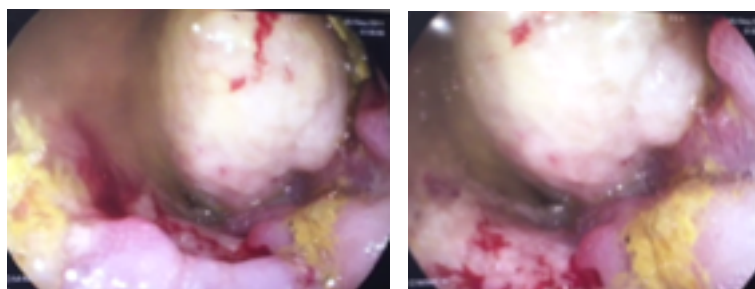


Figura 2. Colonoscopia: lesión proliferativa y estenosante del colon sigmoides (ameboma).



Figura 3. Colon sigmoides resecado (ameboma).

realizaron una laparotomía exploratoria y le practicaron una sigmoidectomía, apendicectomía profiláctica más anastomosis colo-colónica termino terminal y lavado con drenaje (Figura 3).

El informe de anatomía patológica (colonoscopia) informó: 1.- preparado histopatológico consistente con ameboma intestinal, con presencia de trofozoítos y algunos quistes de *Entamoeba histolytica*; 2.- además: hiperplasia foveolar reactiva y moderado infiltrado inflamatorio crónico; 3.- No se observó malignidad; y, un pólipo tipo inflamatorio reactivo sin evidencia de malignidad.

La paciente mejoró y salió de alta con seguimiento ambulatorio. Posterior al alta, el informe de anatomía patológica (pieza quirúrgica) diagnosticó: cuadro histopatológico consistente con ameboma de colon sigmoides, con presencia de trofozoítos, gran degeneración

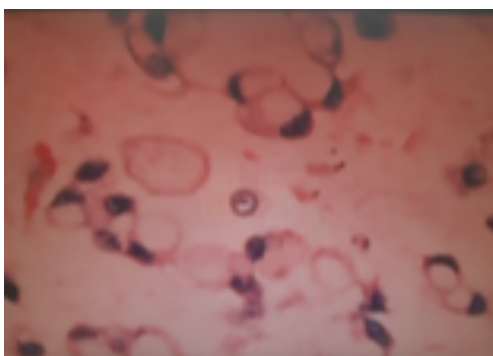


Figura 4. Trofozoito de *Entamoeba histolytica*, al centro.

mixoide con numerosos histiocitos espumosos y que comprometen el espesor de la pared, incluyendo el meso adyacente; asociado a úlcera adyacente con gran congestión vascular; ganglios linfáticos peripseudotumoral (0/5), paratumorales (0/5), apéndice cecal sin alteraciones. (Figura 4).

DISCUSIÓN

La infección causada por *Entamoeba histolytica* (EH) es la tercera parasitosis más importante del mundo, su prevalencia se estima en 10% de la población mundial.⁶ La transmisión se debe principalmente a la ingestión de agua y alimentos contaminados; sin embargo, puede producirse una transmisión venérea por vía fecal-oral.⁷ La EH invade el tejido huésped en su forma de trofozoíto, destruye el tejido secretando proteínas y secuestrando glóbulos rojos provocando la presentación clínica más frecuente de la amebiasis, la colitis amebiana aguda, pero a su vez puede presentarse de formas no muy comunes: colitis necrotizante, megacolon tóxico y el ameboma.⁸

En nuestro caso podríamos deducir que la ingestión de vinagre podría estar asociada a plantas de hoja comestibles contaminadas y mal lavadas. Por lo general, el ameboma es único pero pueden ser múltiples, es más común en varones entre los 20 y 60 años de edad y los lugares más frecuentes de ubicación son el ciego, el apéndice cecal y el colon sigmoides, seguido por el ángulo hepático, el colon transverso y el ángulo esplénico.⁹ Nuestro caso fue solitario, de ubicación en colon sigmoides pero no coincide con la edad y sexo del paciente: mujer de 14 años de edad. Los síntomas suelen ser diarrea recurrente, sangrado digestivo inferior, dolor abdominal inferior, pérdida de peso, fiebre de bajo grado, masa abdominal palpable e incluso obstrucción intestinal.¹⁰ El ameboma se vuelve sintomático mucho tiempo después de un ataque agudo de disentería que no recibió tratamiento o que fue insuficientemente tratado.¹¹ Nuestra paciente presentó toda la sintomatología descrita. El diagnóstico suele ser difícil y es pasado por alto, los estudios contrastados del colon pueden detectar una lesión en colon indistinguible del cáncer que no hace sospechar de amebiasis invasora. Una muestra de materia fecal o un estudio coprológico seriado puede colaborar con el diagnóstico si se observan trofozoítos o quistes; sin embargo, estos podrían no

encontrarse. En los casos de urgencia, el diagnóstico está dirigido a detectar abdomen agudo quirúrgico; por lo tanto, la sospecha de ameboma no es primordial y de esta forma suele ser un hallazgo histopatológico del segmento del colon reseado.¹² El diagnóstico diferencial de ameboma incluye todas las masas ileocecales desde tuberculomas, linfomas, apendicitis, carcinomas, enfermedad de Crohn e infecciones por hongos atípicos, hasta las malformaciones arteriovenosas y diverticulitis.¹³ En nuestro caso se planteó el diagnóstico de neoplasia sin ampliar más estudios de manera rápida y sistemática. El tratamiento principal es la terapia con metronidazol 750 mg tres veces al día por 10 días o tinidazol 2 gr una vez al día por cinco días. Si bien estos no son suficientes para erradicar los quistes, se utiliza un segundo fármaco para erradicar los quistes residuales en el intestino: diloxanida 500 mg, tres veces al día por 10 días; iodoquinol 650 mg, tres veces al día por 20 días; o, paromomicina 250 mg, tres veces al día por siete días (no se absorbe, por lo que puede utilizarse en embarazadas). Nuestra paciente no recibió en tratamiento adecuado.¹⁴ La importancia de este caso radica en describir la necesidad de un enfoque adecuado para optimizar el diagnóstico y terapéutica respectiva, dada la escasa información reportada que hay sobre este tema en nuestro medio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Huston CD. Intestinal Protozoa. En: Feldman, Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Diseases, 8ª ed, Elsevier editors, Philadelphia, Pennsylvania; 2006:2414-2435.
- Gorie N, Bhatambare GS, Bajpai T, Khan Z. Seroprevalance de amebiasis extra-intestinal en un centro de atención terciaria de salud ubicado en la India central. *Int J Health Allied Sci.* 2016; 5: 64-6.
- Athié-Gutiérrez C, Rodea-Rosas H, Guízar-Bermúdez C, Montalvo-Javé EE. Evolution of surgical treatment of amebiasis-associated colon perforation. *J Gastrointest Surg.* 2010;14:82-7.
- Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri WA Jr: Amebiasis. *N Engl J Med.* 2003; 348: 1565-1573.
- Zapata L, Flores R, Jurado JJ, Hernández N, Altamirano J. Success of medical therapy in a rare case of cecal ameboma. *Rev Gastroenterol México.* 2011;76:55-9.
- Petri WA Jr., Haque R, Lyerly D, Vines RR. Parasitol Today Pers Ed; 2000; pp. 320-321
- Sim-ek H, Elsürer R, Sökmensüer C, Balaban HY, Tatar G. Ameboma imitando el carcinoma del ciego: reporte de caso. *Gastrointest Endosc.* 2004; 59: 453-454
- Martínez-Palomo A, Espinosa-Castellano M. Amebiasis and other protozoan infections. En: Cohen & Powderly. Infectious Diseases, 2nd ed., Philadelphia, Pennsylvania, Elsevier editors; 2004:1567-71.
- Rodea H, Athié C, Durán M, Montalvo E, et al. El comportamiento del ameboma en las últimas cuatro décadas. Experiencia en el Hospital General de México. *Cir Gen.* 2008; 30(2).
- Mendell G, Benett J, Douglas R. Principles and practice of infectious diseases. 6th edition. New York: Churchill Livingstone; 2005.
- Misra S, Misra V, Dwivedi M. Ileocecal masses in patients with amebic liver abscess: etiology and management. *World J Gastroenterol.* 2006;12:1933-6.
- Liu C, Crawford J. The gastrointestinal tract. In: Kumar V, Abbas AK, Fausto N, editors. Robbins and Cotran pathologic basis of disease. 7th edition. Pennsylvania: WB Saunders Company; 2004:839-40.
- Simsek H, Elsurer R, Sokmensuer C, Balaban HY, Tatar G. Ameboma mimicking carcinoma of the cecum: case report. *Gastrointest Endosc.* 2004; 59:453-454.
- Ng DC, Kwok SY, Cheng Y, Chung CC, Li MK. Absceso amebiano colónico que imita el carcinoma de colon. *Hong Kong Med J.* 2006;12: 71-73.

CORRESPONDENCIA:

Carlos Alberto Dávila Hernández
dh39130@hotmail.com

Fecha de recepción: 26-03-2021.

Fecha de aceptación: 24-05-2021.

Financiamiento: por los autores.

Conflicto de interés: ninguno, según los autores.