



CARTAS CIENTÍFICAS

No siempre es una enfermedad de Crohn: amebiasis como diagnóstico diferencial de la enfermedad inflamatoria intestinal



It is not always Crohn's disease: Amebiasis as a differential diagnosis of inflammatory bowel disease

Presentamos el caso de un varón de 29 años, procedente de Rumanía, que acude a urgencias por cuadro de diarrea con rectorragia y malestar general de varias semanas de evolución. Había sido diagnosticado, 5 meses antes, de enfermedad de Crohn (EC), tras cuadro de diarrea y rectorragia mediante una colonoscopia que mostró varias úlceras en colon derecho, redondeadas, con fondo de fibrina, sobre mucosa eritematosa, de 5-7 mm (fig. 1 A). Las biopsias fueron informadas como «posible EC, a correlacionar con la clínica».

En urgencias se realizó ecografía abdominal, en la que se objetivaron signos inflamatorios en la pared del colon derecho. Ante la sospecha de un brote de EC, se inició tratamiento con esteroides intravenosos a dosis de 1 mg/kg al día.

Durante su ingreso, el paciente empezó a evolucionar desfavorablemente. Se realizó una tomografía computarizada abdominal, en la que se evidenció un absceso hepático de 90 mm de diámetro máximo (fig. 1B y C), por lo que se inició antibioterapia empírica (imipenem y amikacina).

Revisando la anamnesis y pruebas complementarias, las imágenes de las úlceras cólicas no presentaban una morfología típica de EC, la biopsia no era concluyente y la esposa del paciente era natural de Nicaragua, a donde realizaba viajes frecuentemente. Por ello se incluyó en el diagnóstico diferencial la amebiasis y se decidió drenaje percutáneo del absceso guiado por ecografía (dado su tamaño, existía riesgo de rotura y diseminación) (fig. 1D), volver a solicitar estudio de parásitos y añadir metronidazol intravenoso a dosis de 750 mg/8 h. Se revisaron las muestras de heces y se identificaron, entonces sí, *Entamoebas*, bien *histolytica* o bien *dispar*.

El líquido drenado del absceso presentaba un aspecto achocolatado típico, si bien no se aisló ningún germen. Tras el drenaje y el tratamiento con metronidazol, el paciente mejoró progresivamente, por lo que fue posible retirar el drenaje 14 días después, y se le dio de alta con tratamiento por vía oral con paromomicina para la erradicación de las formas luminales de ameba.

En este caso, el diagnóstico erróneo de EC provocó un tratamiento con corticoides a altas dosis, que probablemente precipitó el empeoramiento del absceso hepático. El

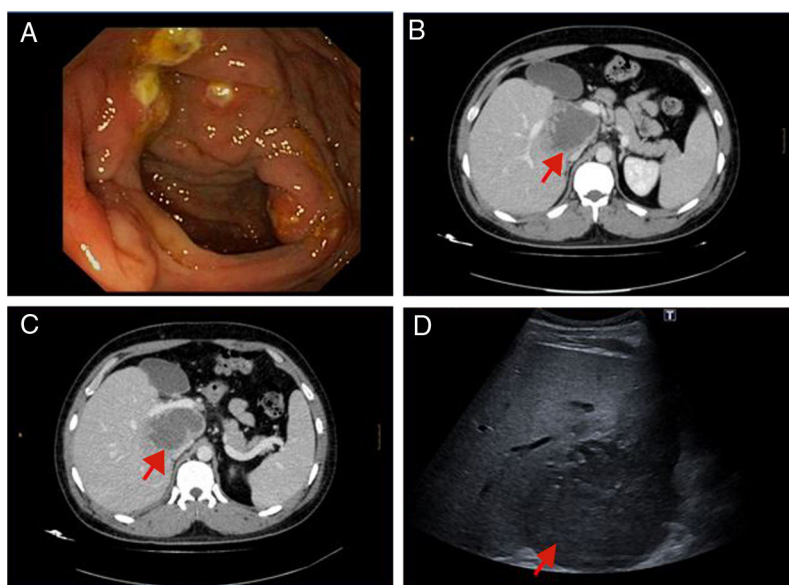


Figura 1 A) Aftas observadas en la colonoscopia previa al ingreso. B y C) Cortes axiales de TAC en los que se observa el absceso hepático (flecha). D) Imagen de ecografía en la que se observa el absceso previo al drenaje (flecha).

diagnóstico de la EC se basa en criterios clínicos, analíticos, endoscópicos, radiológicos y anatomopatológicos, así como en la exclusión de aquellas entidades que pueden simular lesiones similares. Un único hallazgo sugestivo no debe hacernos establecer un diagnóstico definitivo, en ausencia del adecuado contexto y sin un apropiado diagnóstico diferencial¹. En el caso que nos ocupa, las consecuencias de un inadecuado diagnóstico fueron importantes.

La amebiasis es una de las enfermedades que también debe entrar en el diagnóstico diferencial de una posible EC² y un diagnóstico de certeza es fundamental, ya que el tratamiento con corticoides es uno de los factores desencadenantes de la invasión extraintestinal. En nuestro paciente, además del absceso hepático, la sospecha clínica y una adecuada anamnesis, incluyendo los contactos «de riesgo», fueron determinantes.

La amebiasis intestinal es una enfermedad parasitaria producida por el protozoo *Entamoeba histolytica*. Aunque en la mayoría de los casos cursa como una infección asintomática, en algunos pacientes puede causar enfermedad intestinal o incluso invasión extraintestinal. Si bien su incidencia en nuestro medio es baja, está aumentando debido a los flujos migratorios desde países con mayor prevalencia³.

Aproximadamente el 90% de los pacientes permanecen asintomáticos. Los principales factores de riesgo para desarrollar esta enfermedad son las edades extremas de la vida, la malnutrición, el tratamiento con esteroides y la inmunosupresión.

La colitis amebiana normalmente tiene un curso subagudo, con diarrea, dolor abdominal y rectorragia. Ante dicho cuadro, debe realizarse diagnóstico diferencial con otras infecciones como *Shigella*, *Salmonella*, *Sampylobacter* o *Escherichia coli*, así como otras entidades como la enfermedad inflamatoria intestinal, la diverticulitis aguda o la colitis isquémica⁴.

La manifestación extraintestinal más frecuente es el absceso hepático, que cursa habitualmente con fiebre y dolor en hipocondrio derecho. Suele ser único, situado en el lóbulo derecho y su diagnóstico se establece a través de pruebas de imagen: tomografía, resonancia o ecografía. La principal causa de mortalidad asociada al absceso hepático se debe a

su rotura a pericardio o peritoneo. El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa (metronidazol) y en ocasiones drenaje, especialmente en aquellos de mayor tamaño, cercano a 10 cm, o en los del lóbulo hepático izquierdo⁵.

Bibliografía

1. Torres J, Mehandru S, Colombel J-F, Peyrin-Biroulet L. Crohn's disease. *Lancet* (London, England). 2017;389(10080):1741–55.
2. Gece KB, Vermeire S. Differential diagnosis of inflammatory bowel disease: Imitations and complications. *lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018 Sep;3:53–644.
3. Kantor M, Abrantes A, Estevez A, Schiller A, Torrent J, Gascon J, et al. *Entamoeba histolytica*: Updates in clinical manifestation pathogenesis, and vaccine development. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2018;2018.
4. Haque R, Huston CD, Hughes M, Houpt E, Petri W. Amebiasis. *N Eng J Med*. 2003;348:1565–73, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr022710>.
5. Ghosh JK, Goyal SK, Behera MK, Tripathi MK, Dixit VK, Jain AK, et al. Efficacy of aspiration in amebic liver abscess. *Trop Gastroenterol*. 2015;36:251–5.

Diego Casas Deza^{a,*}, Mónica Llorente Barrio^a,
Rosario María Monzón Baez^a, Luis Javier Lamuela Calvo^a,
Marta Gascón Ruiz^b, Ana Isabel Ramos Lisbona^c
y Santiago García López^a

^a Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: diegocasas8@gmail.com
(D. Casas Deza).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.03.006>
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Enfermedad inflamatoria pélvica: una causa inusual de obstrucción intestinal aguda



Pelvic inflammatory disease: An unusual cause of acute intestinal obstruction

Mujer de 24 años, ingresa por dolor en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, y vómitos de 48 h de evolución. Asocia flujo vaginal amarillento y maloliente, y fiebre de 38,5 °C. No existen antecedentes médicos ni quirúrgicos previos reseñables y reconoce relaciones sexuales con uso ocasional de anticonceptivos barrera. En la exploración se constata: frecuencia cardíaca 110 lpm y el abdomen doloroso en hipogastrio-fosa ilíaca derecha, con defensa a dicho nivel. En la explora-

ción ginecológica existe dolor a la movilización cervical, con demostración de la secreción maloliente de la que se toma una muestra para cultivo. La analítica muestra: hemoglobina 13 g/dl; volumen corpuscular normal, leucocitos 16.000/mm³ (80% neutrófilos), plaquetas 378.000/mm³, proteína C reactiva 55 mg/dl; sedimento urinario y test de embarazo en orina, negativos. La radiografía simple de abdomen evidencia una dilatación generalizada del intestino delgado. Se realiza una ecografía abdominopélvica y vaginal que revela una lesión quística de contenido heterogéneo en el ovario derecho de 8 × 3 cm, indicativo de absceso ovárico y líquido libre en el saco de Douglas. Con la sospecha de una enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) complicada, la paciente es intervenida de forma urgente por Ginecología y Cirugía General mediante laparoscopia exploradora, con el hallazgo intraoperatorio de salpingitis y