



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

333/211 - DIARREAS, FIEBRE Y UN VIAJE

O. Linares Fumero¹, P. Pacheco Bacuilima², R. Corio Andújar³.

¹Médico Residente de 2º año. ABS Martí i Julià. Barcelona. ²Médico Residente de 4º año. ABS Martí i Julià. Barcelona. ³Médico de Familia. ABS Martí i Julià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Hombre, 48 años, sin AP de interés, acude a Urgencias de primaria por cuadro de diarreas sanguinolentas y rectorragia, sin fiebre. Viaje reciente de 15 días a India. Recogen coprocultivos e inician tratamiento con Ciprofloxacino. Re-consulta a la semana por diarrea persistente. Resultados coprocultivos negativos. Pautan Metronidazol. Tras 15 días asintomático, acude a Urgencias hospital por aparición de fiebre refractaria a antipiréticos.

Exploración y pruebas complementarias: Analítica: PCR 32.75 mg/L, Creatinina 1.29 mg/dL, FG 64.6ml/min, AST 68 UI/L, ALT 95 UI/L, GGT 200 U/L, Bilirrubina total 1.40 mg/dL, FA 301 UI/L, Leucocitos 22.890/mm³ (N 18.000/mm³ L 5000/mm³), resto sin alteraciones. Radiografía tórax: No hallazgos patológicos. Ecografía abdomen: En LHD (seg V) lesión bien delimitada de 68 x 53 x 65 mm, marcadamente heterogénea, paredes levemente engrosadas, sin flujo Doppler en interior. Vesícula de paredes finas, litiásica. TC tóraco-abdominal: Imagen hipocaptante de paredes anfractuadas y levemente captantes, sugiere como primera posibilidad absceso segmento V, de 85 mm de diámetro. Lesiones adyacentes milimétricas sugieren misma etiología. Cultivo absceso (drenaje): PCR *Entamoeba* positivo. IgG sangre: *Entamoeba Hystolitica* positivo. Hemocultivos, parásitos heces, urocultivo y gota gruesa: negativos.

Juicio clínico: Absceso hepático por *Entamoeba*. Alteración perfil hepático.

Diagnóstico diferencial: Gastroenteritis bacteriana. Salmonelosis. Amebiasis. Fiebre Tifoidea. Malaria. Hepatitis aguda. Colecistitis aguda. Colangitis aguda.

Comentario final: Amebiasis: infección parasitaria por protozoo intestinal *Entamoeba histolytica*. Transmisión fecal-oral (ingesta alimentos/agua contaminados, manos, prácticas sexuales). 90% portadores amebas intestinales son asintomáticos. Patógenas penetran mucosa colónica y provocan disentería. Ocasionalmente migran por vía sanguínea y forman abscesos a distancia, hígado más frecuente (fiebre, MEG, alteración hepática....). Diagnóstico: exámenes heces (trofozoitos), serología e imágenes no invasivas. Tratamiento: tinidazol o metronidazol + Paromomicina.

Bibliografía

Karin Leder MBBS et al. Extraintestinal *Entamoeba histolytica* amebiasis. UpToDate: Dec 05, 2017. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/extraintestinal-entamoeba-histolytica-amebiasis>.

Amebiasis. En: Castillo R, et al, eds. Farreras. Rozman. Medicina interna. Vol II. Madrid: Harcourt Brace, 1998; 2.435-2.439.

Palabras clave: Diarrea, fiebre, parásitos, amebiasis.