

GALERIA FOTOGRAFICA – PHOTOGRAPHIC GALLERY

Patología de la amebiasis intestinal

Drs. Sonia Dickson González,^{1,2} Carolina Urdaneta B.,² Eva Zucker Z.,² Tatiana Giusti,³ Oscar Noya-Alarcón,³ Alfonso J. Rodríguez-Morales.^{3,4}

¹Cátedra de Anatomía Patológica, Escuela de Medicina Luis Razetti, Instituto Anatomopatológico José A O`Daly, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. ²Hospital de Clínicas Caracas. Laboratorio de Anatomía Patológica. Caracas, Venezuela. ³Instituto de Medicina Tropical Felix Pifano, Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela. ⁴Instituto Experimental José Witremundo Torrealba, Universidad de Los Andes, Trujillo, Venezuela.

E-mail: soniadicksongonzalez@yahoo.es

Acta Científica Estudiantil 2008; 6(4):216-220.

Recibido 01 Oct 08 – Aceptado 01 Nov 08

La amebiasis intestinal es una enfermedad ocasionada por los trofozoítos de *Entamoeba histolytica*, protozooario, rizópodo, amébido, de organización simple y transmisión fecal-oral, considerado el más importante del ser humano, siendo el hombre su reservorio principal, que sigue representando una considerable carga en términos de morbimortalidad a nivel mundial, en medios tropicales fundamentalmente. *Entamoeba histolytica*, *E. dispar*, *E. hartmanni*, *E. coli*, *E. polecki* y *E. gingivalis* son todas amebas capaces de colonizar la boca y el tracto intestinal humano, pero sólo *E. histolytica* causa realmente enfermedad, y es la única con verdadero potencial invasivo.

El nombre que la designa debe su origen a sus acciones líticas sobre los tejidos; característica que le permite invadir y ulcerar la mucosa colónica causando alteraciones en el hábito intestinal tales como diarrea, disentería, constipación intermitente, aunado a dolor tipo cólico, distensión abdominal, náuseas, vómitos y flatulencias malolientes.

La amebiasis en general tiene una distribución mundial, siendo más común en regiones tropicales o subtropicales. Se estima que anualmente ocurren 500 millones de infecciones en estas zonas del mundo, el 10% de las cuales presentan síntomas clínicos intestinales en un 80-98% y el 2-20% restante presenta afectación extraintestinal, con una mortalidad que oscila entre 40.000 y 110.000 muertes anuales.

Entamoeba histolytica coloniza con mayor frecuencia la mucosa colónica, y menos frecuentemente el intestino delgado. Aunque se han descrito casos en mucosa gástrica y piel. Pueden invadir los vasos portales, producir abscesos hepáticos, perforar la mucosa intestinal (5% de los casos), dar lugar a peritonitis y abscesos intraabdominales, rara vez se encuentra en pulmón, corazón, riñón y cerebro, entre otros órganos.

E. histolytica tiene un período de incubación de 8-10 días y tres estadios en su ciclo vital, a saber; trofozoíto de forma ameboide, piriforme o redondeado de 6-40 nanómetros de diámetro, con citoplasma abundante, vacuolado con aspecto muy parecido al de un histiocito. Poseen un solo núcleo con membrana nuclear

bien delimitada y cariosoma central (cromocéntrico y cromatina). Este último no siempre es visible. Estas formas pueden destacarse con la coloración de Ácido periódico de Schiff (PAS), la cual tiñe las vacuolas de los trofozoitos de magenta. Adicionalmente debe mencionarse la utilidad de la hematoxilina férrica en la visualización del trofozoito.

Los trofozoitos suelen encontrarse en las heces de los pacientes con síntomas agudos. En las secciones histológicas, están asociadas a zonas ulceradas conocidas clásicamente como “úlceras en botón de camisa, en sacabocados, en anémona de mar o matraz invertido”, en las cuales destaca un fondo sucio a expensas de material necrótico y exudado fibrinoleucocitario que eleva la mucosa socavada, en ocasiones tan profunda que involucra la muscular o la serosa. En los estadios iniciales la inflamación es escasa.

El prequiste es un estadio de transición entre el anterior y el quiste, con aspecto de trofozoito redondeado y quiescente. Los quistes amebianos no son invasores y se encuentran en la materia fecal; son considerados latentes ya que pueden reactivarse y ocasionar recidivas. Son esféricos, miden de 5 a 25 nanómetros, de paredes gruesas, citoplasma condensado con cuatro núcleos. El estadio infectante es el quiste, que contamina las manos, alimentos o aguas. Este una vez ingerido se exquista en el íleon distal. Una ameba metaquística de 4 núcleos se divide para dar origen a 4 trofozoitos metaquísticos, con posibilidad de colonizar cualquier parte del intestino con predilección por el ciego.

En el diagnóstico diferencial deben considerarse la colitis ulcerativa, rectocolitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, apendicitis, colecistitis, diverticulitis, obstrucción intestinal, neumonía y absceso pulmonar.

Figura 1. Trofozoito de *Entamoeba histolytica*, redondeado y con abundantes eritrocitos fagocitados (H-F, 1000X).

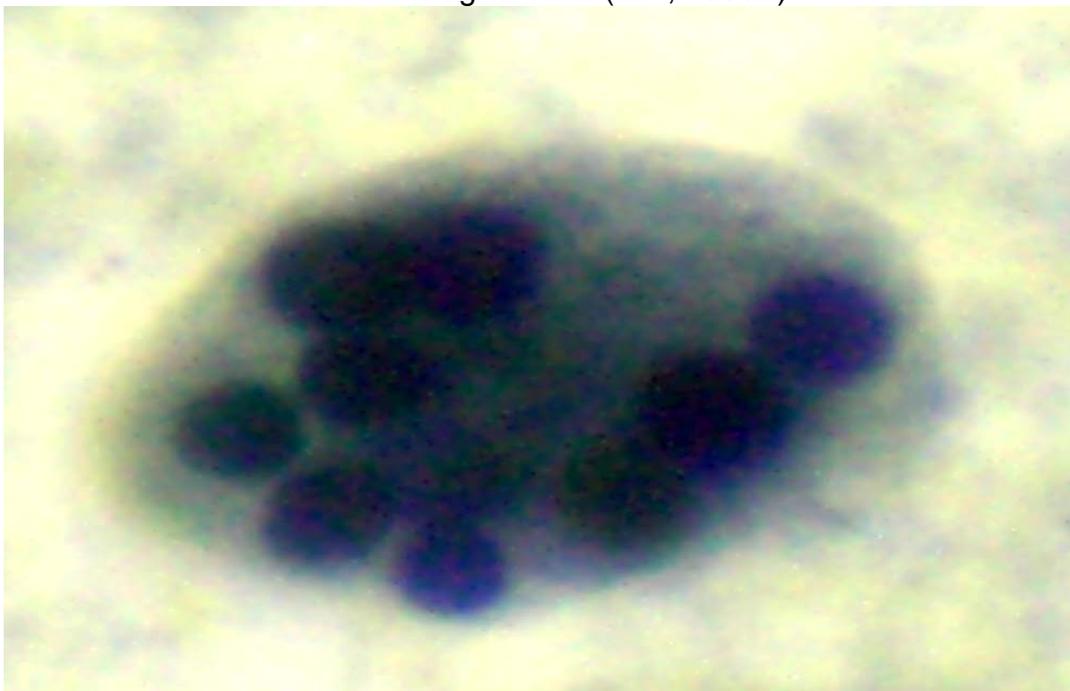


Figura 2. Trofozoíto piriforme de *Entamoeba histolytica* con distinción de organelas citoplasmáticas, núcleo con cariosoma central, y eritrocitos fagocitados (H-F, 1000X).

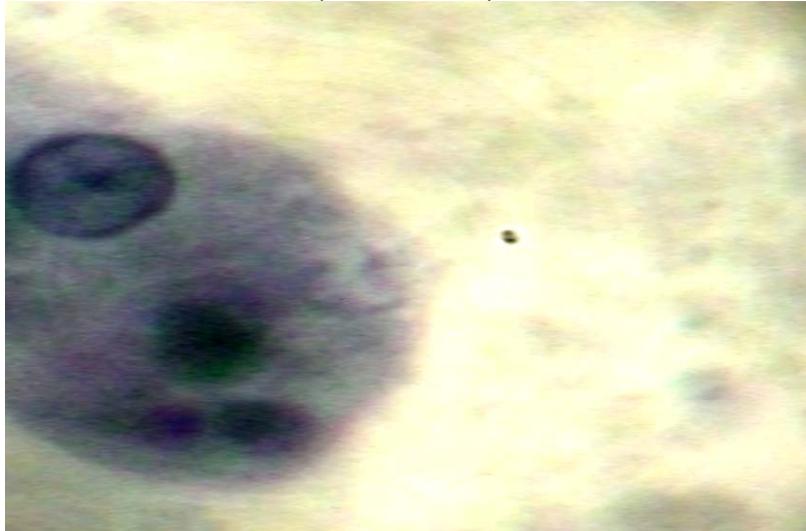


Figura 3. Trofozoíto de *Entamoeba histolytica* en úlcera en la lámina propia del ileon (H-E, 400X).

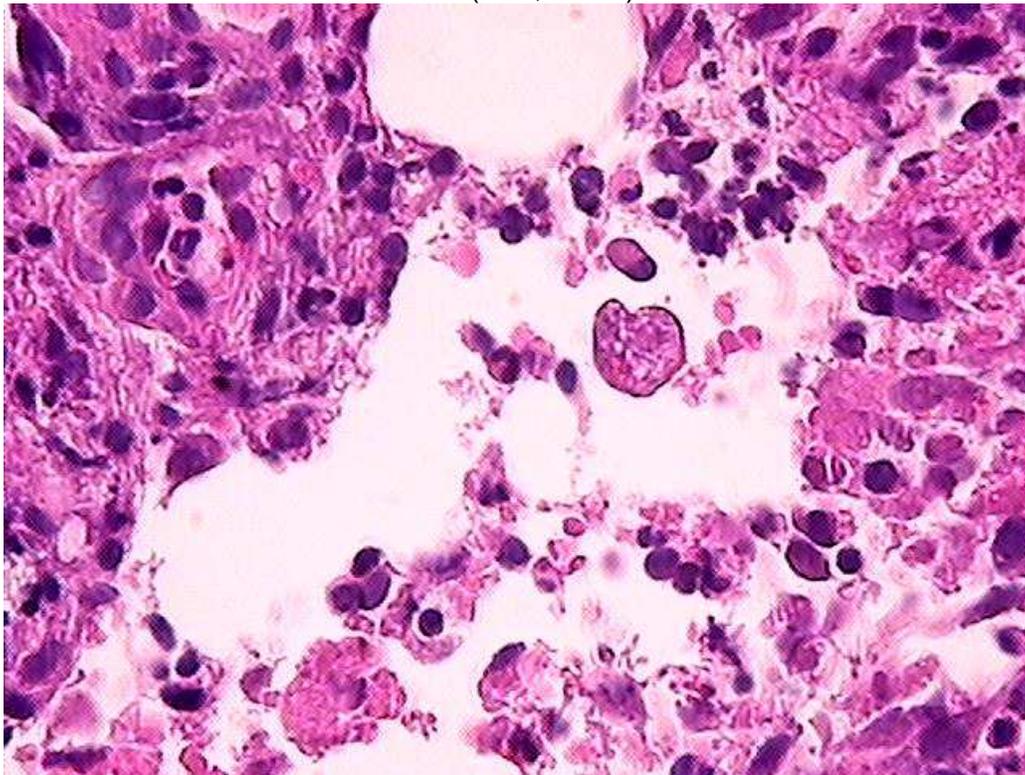


Figura 4. *Entamoeba histolytica* en úlcera profunda con abundante infiltrado inflamatorio (H-E, 200X).

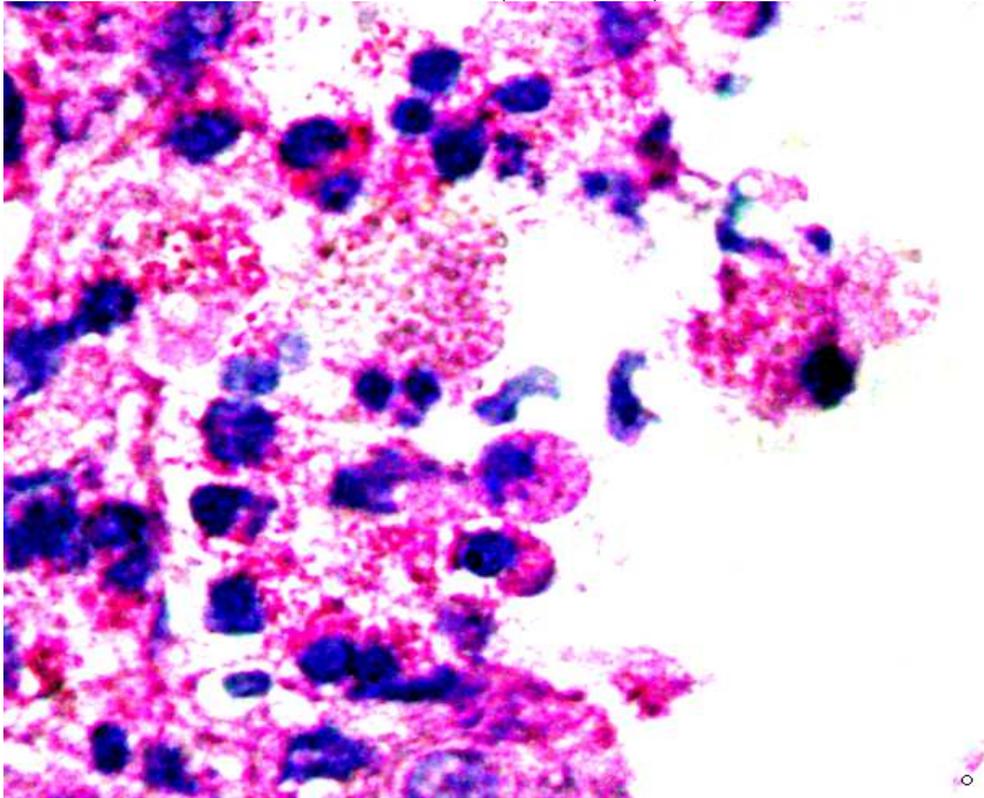


Figura 5. *Entamoeba histolytica* en la luz intestinal del colon, presencia de material mucoide y detritus celulares (H-E, 200X).

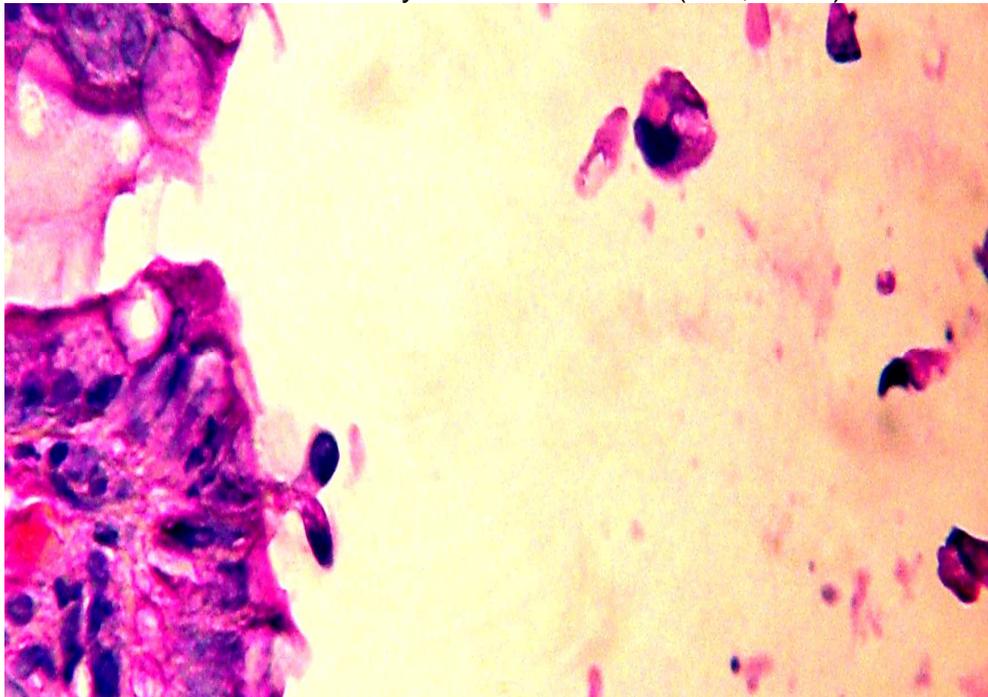


Figura 6. Colitis amebiana, exudado fibrinoleucocitario asociado a ulceración y presencia de trofozoitos de *E. histolytica* (H-E, 100X).

