



I-200 - AMEBIASIS: SERIE DE CASOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN HOSPITAL TERCIARIO DE MADRID

C. Cano, A. Novoa, E. Orviz, I. Burruezo, M. Ramos, L. Dans, M. Méndez y Á. Nieto

Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: La amebiasis se considera una causa importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, especialmente en países en desarrollo. En determinadas zonas de África, Asia y Centroamérica la frecuencia de la infección alcanza al 50% de la población, hecho relacionado con las deficientes condiciones sanitarias, el hacinamiento y el bajo nivel socioeconómico. Existen varias especies que infectan al hombre, siendo *Entamoeba histolytica* (protozoo perteneciente a la subfamilia Sarcodina y a la familia Entamoebidae) la que causa patología sistémica de mayor gravedad. La infección en nuestro país es más frecuente en grupos de riesgo (viajeros y promiscuidad sexual), en los que su adquisición se asocia por lo general con una permanencia en el país de destino superior a un mes. Los objetivos de este estudio son: estudiar los casos de infección por amebas (fundamentalmente *E. histolytica*) en un hospital terciario de Madrid (Hospital Clínico San Carlos) entre los años 2009-2018. Describir y analizar los resultados de las características de los pacientes que fueron infectados. Evaluar el síntoma principal a su llegada, el tratamiento empírico utilizado, la presencia de complicaciones, la estancia media y la mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes que ingresan en el Hospital Clínico San Carlos entre 2009-2018 con diagnóstico al alta de amebiasis. Se recogieron las variables principales en un CRD y se trataron estadísticamente.

Resultados: Se obtuvieron un total de 5 pacientes con diagnóstico de amebiasis. La edad media era de 37,8 años. En total 4 pacientes (80%) eran varones. El 100% tenía ausencia de comorbilidades. En 4 pacientes (80%) se recogió como principal antecedente epidemiológico un viaje reciente a la India y solo en 1 caso (20%) el paciente procedía de zona endémica. El síntoma principal fue fiebre sin foco de al menos 1 semana de evolución, seguido de diarrea como segundo síntoma más frecuente. En 3 pacientes (60%) el diagnóstico final fue de absceso hepático amebiano, en 1 (20%) de amebiasis intestinal y en otro (20%) de queratitis por *Acanthamoeba*. Se consiguió el diagnóstico, en el caso de los pacientes con absceso hepático, por imagen compatible (tanto en ecografía abdominal como en TAC) y por cultivo positivo para *E. histolytica* (empleándose coprocultivo o cultivo del drenaje). Solamente en dos casos se recurrió a la realización de PCR. La estancia media hospitalaria fue de 18,4 días. En todos los casos se recurrió una vez llegado al diagnóstico al tratamiento conservador con antibioterapia (metronidazol). Cabe destacar que en dos pacientes en los que no se inició tratamiento desde urgencias con metronidazol sino con piperazilina-tazobactam para cubrir foco infeccioso abdominal, hubo graves complicaciones: en uno de ellos por fistulización

por contigüidad del absceso al parénquima pulmonar y en otro por proceso séptico de origen abdominal que requirió drenaje percutáneo. La mortalidad fue del 0%.

Conclusiones: A pesar de la baja prevalencia de amebiasis en España, debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con fiebre que hayan realizado viajes recientes o provengan de zona endémica. El tratamiento antibiótico de elección es el metronidazol. El empleo de otros antibióticos empíricos en un absceso abdominal en lugar de metronidazol (asociado generalmente a cefalosporinas de tercera generación como ceftriaxona) puede retrasar el diagnóstico y producir graves complicaciones, como se ha observado en esta serie de casos.