

Amebiosis intestinal o carcinoma de colon: un diagnóstico diferencial a tener presente

Intestinal amebiosis or colon carcinoma: a differential diagnosis to keep in mind

Magaly Echemendía Llanes¹ <https://orcid.org/0009-0004-6298-4217>

Carlos Arian Acanda Azcuy² <https://orcid.org/0000-0002-3607-6627>

Carlos Zenen Acanda Galvez^{1*} <https://orcid.org/0009-0002-6175-6752>

Jessica Caraguay¹ <https://orcid.org/0009-0001-7007-0384>

¹Instituto de Gastroenterología. La Habana. Cuba.

²Hospital Docente Clínico Quirúrgico Calixto García. La Habana. Cuba.

*Autor para la correspondencia: acandacarzen@gmail.com

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente masculino de la raza negra, de 47 años de edad, sin antecedentes patológicos personales que acudió a consulta de Gastroenterología de un hospital regional, por presentar diarreas con sangre y dolor abdominal. Se estudió y se planteó el diagnóstico de colitis amebiana, para lo que se le prescribió tratamiento con metronidazol en varias ocasiones. Al cuadro inicial, se agregó una pérdida de peso de aproximadamente 30 kg. Al no alcanzar la mejoría, unido a la persistencia del diagnóstico fue remitido al Instituto de Gastroenterología, donde fue evaluado en la consulta de Parasitología clínica. Se le solicitó muestras de heces para corroborar el diagnóstico de amebiosis intestinal, el que no se logró constatar. Se le realizaron otros exámenes, entre ellos ecografía y posteriormente tomografía, por presencia de engrosamiento de las paredes del colon sigmoide. Al encontrarse estenosis corta asociado a discretos cambios heterogéneos de la grasa pericólica, se realizó colonoscopia, donde se diagnosticó adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado, terminando en cirugía con recesión del segmento de intestino grueso.

Palabras clave: Amebiosis; diarreas con sangre; adenocarcinoma de colon.

ABSTRACT

We present the case of a 47-year-old black male with no prior medical history who presented to the gastroenterology department of a regional hospital with bloody diarrhea and abdominal pain. He was evaluated and diagnosed with amebic colitis, for which he was prescribed treatment with metronidazole on several occasions. His initial symptoms were compounded by weight loss of approximately 30 kg. Due to his lack of improvement, coupled with the persistent diagnosis, he was referred to the gastroenterology institute where he was evaluated in the clinical parasitology department. Stool samples were requested to corroborate the diagnosis of intestinal amebiasis, which was not confirmed. Additional tests, including ultrasound and later CT, were performed due to the presence of kidney-like thickening. Since a short stricture was found associated with discrete heterogeneous changes in the pericolic fat, a colonoscopy was performed, where a moderately differentiated colon adenocarcinoma was diagnosed, resulting in surgery with recession of the large intestine segment.

Keywords: Amebiasis, bloody diarrhea, colon adenocarcinoma.

Recibido: 24/08/2025

Aceptado: 21/10/2025

Introducción

Las infecciones gastrointestinales son motivo frecuente de consultas médicas en países en vías de desarrollo. *Entamoeba histolytica*/dispar es uno de los parásitos intestinales más conocidos en estos entornos, su prevalencia no es alta y solo un pequeño porcentaje de los infectados presenta manifestaciones clínicas. Se conoce la patogenia, manifestaciones clínicas y métodos de diagnóstico para el manejo de la amebiasis; sin embargo, aún persisten problemas de diagnóstico de esta infección entérica. Se precisa de experiencia para hacer el diagnóstico, lo que genera comúnmente sobrediagnósticos, mal manejo *a posteriori*, fallas en tratamientos y, lo que pudiera ser peor, el diagnóstico errado de disentería amebiana, que enmascara otras entidades nosológicas, las que, en su mayoría, de la prontitud diagnóstica depende la evolución y pronóstico.^(1,2,3)

Dentro de las enfermedades que pueden ser confundidas con una amebiosis se encuentra el cáncer colorrectal (CCR), este figura entre las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, siendo la tercera neoplasia más común (9,6 % de todos los cánceres a nivel mundial) y la segunda causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres (9,3 %), respectivamente.^(4,5) Según el Observatorio Mundial del Cáncer, se estima que para el 2040 habrá un incremento en el número de casos de CCR a 3,2 millones por año.⁽⁶⁾ En la práctica médica, se hace prioritario que los facultativos tengan en cuenta las diferentes formas de presentación del CCR, aborden el paciente de forma integral y enfatizen en el cuadro clínico, antecedentes personales y familiares, hábitos y otros elementos que son clave para su diagnóstico temprano, descartando otras enfermedades con síntomas comunes.⁽⁷⁾ Consideramos oportuno, la presentación de un caso para contribuir a mejorar la percepción de riesgo, y comprender que los diagnósticos a veces son más complejos de lo que parecen.

Presentación de caso

Paciente masculino de la raza negra de 47 años de edad de procedencia urbana, artesano de profesión, con antecedentes patológicos familiares, madre y padre hipertensos, y antecedentes patológicos personales, hemorroidectomía, realizada 5 años atrás. Acudió a un hospital regional por presentar diarreas con sangre, que alternaban con heces de consistencia pastosa, con frecuencia de 3 a 4 por día, acompañadas de dolor abdominal en la región de hipogastrio, fundamentalmente en el momento de la defecación. Fue visto en consulta se indican estudio, dentro de ellos, examen de las materias fecales. Los resultados de laboratorio no resultaron relevantes, excepto los exámenes de heces que notifican la presencia de quistes de *Entamoeba histolytica*. Al paciente, se le inicia tratamiento con metronidazol a 500 mg cada 8 horas, por 10 días; sin embargo, al culminar el tratamiento el cuadro clínico no experimentó mejoría significativa, lo que motivo visitas continuas al servicio. Se mantuvo el diagnóstico inicial lo que llevo a cumplir varios tratamientos por más de 5 meses, incluyendo albendazol, tinidazol y nitaxozanida, todos sin lograr alcanzar la mejoría, a lo que se añadió una pérdida de peso de más de 30 kg. Por todo lo anterior, fue remitido al Instituto de Gastroenterología con el diagnóstico de amebiosis crónica.

En el Instituto de Gastroenterología es evaluado en consulta por el especialista en Parasitología clínica. Se constata un examen físico normal y se realizan estudios

hematológicos, química sanguínea, marcadores de hepatitis, HIV y tres exámenes de heces en días alternos. Se recibieron los siguientes resultados: hematología: > 12 g/L, eritrosedimentación: 10 mm/h, química sanguínea en valores normales, serología para VIH: no reactiva, antígeno para hepatitis viral B: negativo y anticuerpos contra hepatitis viral C: negativo. En las muestras de heces: leucocitos y hematíes.

Ante estos resultados y la persistencia de los síntomas se orienta realizar ecografía abdominal que informa: imágenes diverticulares múltiples con engrosamiento de las paredes del colon sigmoide que en su conjunto miden 36 x 22 mm con forma reniforme y ligera vascularización central (fig. 1) y se sugiere realizar tomografía axial computarizada de abdomen con doble contraste oral tardío y endovenoso.

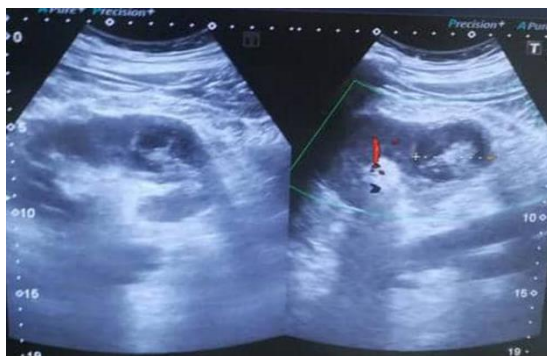


Fig. 1- Ecografía abdominal

En la tomografía axial computarizada abdominal con contraste oral tardío y endovenoso (fig. 2) se encontró a nivel del tercio medio del colon descendente un segmento de 23 mm que muestra engrosamiento parietal concéntrico de 5 mm, que produce área focal de estenosis corta asociado a discretos cambios heterogéneos de la grasa pericólica.



Fig. 2- Imagen de tomografía abdominal contrastada oral tardío

Ante este resultado se realizó colonoscopia, la cual reveló la presencia de áreas con punteados blanquecinos con mucosa de aspecto oscurecido que predominaba en colon izquierdo. En sigmoides a 35 cm del margen anal se observó lesión multilobular, mamelonante, irregular, con cambios glandular en su superficie, que ocupaba más de 2/3 de la luz de la cual se tomó muestra para biopsia. En el recto se observó pequeñas áreas blanquecinas dispersas. Todo lo anterior compatible con neoplasia de colon sigmoides y melanosis coli-hiperplasia linfoide de recto. Por su parte, el estudio histológico informó: fragmentos superficiales en su mayoría de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado (fig. 3).

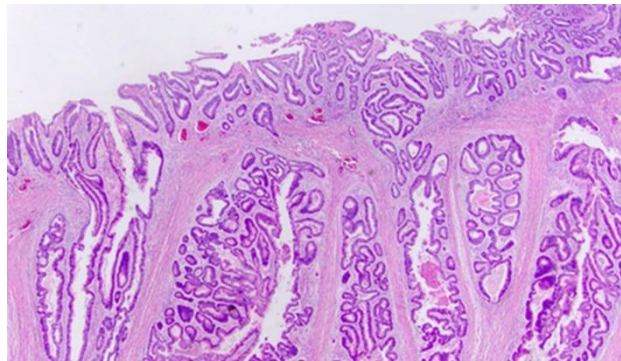


Fig. 3- Imagen de lámina de biopsia con coloración

Ante este diagnóstico fue remitido a la especialidad de cirugía. Se realizó la extirpación quirúrgica del segmento del colon sigmoides afectado. El tejido presentaba engrosamiento, hemorragia y aspecto inflamatorio con algunas áreas de necrosis. (fig. 4)



Fig. 4- Pieza resecada de cirugía de colon

Discusión

El CCR es una enfermedad con aumento de su incidencia y mortalidad en los últimos años a nivel mundial y nacional, con una tendencia epidemiológica creciente, debido a la aceleración socioeconómica y modificaciones en los hábitos sociales. Es de señalar que este tipo de cáncer no causa síntomas en las fases iniciales y sus manifestaciones clínicas posteriores suelen ser inespecíficas, lo que aumenta el riesgo de mortalidad.^(8,9,10,11)

La Organización Mundial de la Salud, menciona que el CCR es la tercera neoplasia más común mundialmente (9,6 %) y el segundo generador de mortalidad (9,3 %) entre individuos con cáncer, afectando principalmente al grupo de edades de 50 años o más.⁽¹²⁾

Latinoamérica notificó en el 2022 un 9,4 % de casos y una tasa de mortalidad de 9,8 %.

En este contexto, la comunidad científica ha decidido investigar las características que aumentan el riesgo. Entre ellas ha destacado la obesidad, por su asociación con mecanismos que fomentan el desarrollo de células neoplásicas. Dichos procesos, inducidos por los adipocitos modifican el metabolismo de las células cancerosas. Se ha descrito que el sexo, falta de actividad física, edad avanzada y tabaquismo predisponen en distinta medida a la aparición de cáncer en los diferentes segmentos del colon, también se notifica que a nivel genético existen diferentes mutaciones y vías carcinogénicas implicadas en el desarrollo de este cáncer.^(13,14,15,16)

El incremento, específicamente en jóvenes, escasos síntomas, cambios socioeconómicos acelerados, entre muchos otros factores deben servir de alertas a profesionales y decisores de salud.

Resulta imprescindible aumentar la percepción del riesgo ante cualquier síntoma o signo por elemental que parezca, agotar al máximo las posibilidades de la historia familiar y personal del paciente, con el fin de alcanzar que esta enfermedad sea manejo inicial en la atención primaria, para invertir el patrón de atención en que actualmente se encuentra la inmensa mayoría de los casos, los que son diagnosticados en atención secundaria o terciaria; con las consecuencias inherentes, de diagnósticos tardíos, complicaciones y altas tasas de mortalidad.

Al igual que otros cánceres, del diagnóstico precoz depende el pronóstico. La prevención resulta de vital importancia para reducir la morbilidad causada por esta neoplasia maligna digestiva, ya que representa el primer eslabón o punto de partida para evitar la

aparición de la enfermedad. Esta neoplasia no solo es susceptible de prevención, sino que constituye el paradigma de las neoplasias susceptibles de diagnóstico precoz a través de la indicación oportuna de las investigaciones pertinentes y de su pesquisa a nivel poblacional, a través de la prueba rápida de sangre oculta en heces.⁽¹⁷⁾ Existe la necesidad de aumentar la sensibilización entre la población general y en los médicos que atienden la comunidad, además del buen uso de pruebas diagnósticas no invasivas en la atención primaria, que permitan establecer riesgos objetivos y el aseguramiento de la derivación de estos pacientes hacia la atención secundaria para realizar la confirmación diagnóstica, continúan siendo un reto. Por lo que se hace necesario fomentar y desarrollar una cultura preventiva sobre el CCR.⁽¹⁸⁾

La cirugía es el principal tratamiento del CCR. Aproximadamente el 92 % de los pacientes con cáncer de colon se someten a cirugía como primera opción terapéutica, la mayoría con intención curativa. Aproximadamente el 20 % de los pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico, mientras que entre el 30 % y el 40 % de los pacientes sometidos a cirugía curativa finalmente presentan recaída local o a distancia.⁽¹⁹⁾

A manera de conclusión pudiéramos plantear que el CCR es un problema emergente de salud pública con una tendencia creciente en su incidencia y mortalidad a nivel mundial. El diagnóstico temprano es esencial en el manejo de esta enfermedad, el test de sangre oculta en materias fecales es un medio no invasivo de diagnóstico; su uso contribuye no solo a la reducción de la mortalidad por CCR, sino también a la reducción de la incidencia. El tratamiento quirúrgico pretende ser curativo, constituye el estándar de oro del tratamiento. Sin embargo, la prevención es fundamental, a varios niveles, especialmente primario. Desde una perspectiva de salud pública, la prevención primaria desempeña un papel clave para sugerir estilos de vida saludable y disminuir el CCR.^(20,21) Las recomendaciones se basan en la práctica médica, fomentar una mayor percepción del riesgo ante cada paciente con síntomas o signos sugestivos de CCR, establecer algoritmos y protocolos que incluyan esta enfermedad en ascenso como una prioridad para pesquisas en población supuestamente sana. De la educación y sensibilización de médicos y población depende la evolución de esta entidad a futuro.

Referencias bibliográficas

1. Rojas L, Núñez FÁ, Aguiar PH, Silva Ayçaguer LC, Álvarez D, Martínez R, et. al. Segunda encuesta nacional de infecciones parasitarias intestinales en Cuba, 2009. Revista Cubana de Med Trop [Internet]. 2012 [citado 2025 Ago 23];64(1):15-21. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602012000100002&lng=es.
2. Fonte Galindo L, Sánchez Valdés L, Fernández Ferrer MA, Marín Iglesias H, Montano Goodridge I, Núñez Fernández FA. Sobrediagnóstico microscópico de amebiasis intestinal: evaluación de una intervención en la provincia de Cienfuegos. Revista Cubana de Invest Bioméd [Internet]. 2003 [citado 2025 Ago 23];22(3):173-179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000300005&lng=es.
3. Núñez FA, Ginorio DE, Finlay CM. Control de la calidad del diagnóstico coproparasitológico en la provincia de Ciudad de La Habana, Cuba. Cad. Saúde Pública. 1997;13(1):67-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1997000100016>.
4. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2024;74(3):229-263. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
5. The International Agency for Research on Cancer (IARC) [Internet]. Lyon, Francia: IARC, WHO; ©1965-2025 [citado 15 Jul 2025]. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Disponible en: <https://gco.iarc.who.int/today>.
6. Xi Y, Xu P. Global colorectal cancer burden in 2020 and projections to 2040. Transl Oncol. 2021;14(10):101174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tranon.2021.101174>.
7. Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer AG, Fedewa SA, Butterly LF, Anderson JC, et. al. Colorectal cancer statistics, 2020. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2020;70(3):145-164. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21601>.
8. Baidoun F, Elshiwiy K, Elkeraie Y, Merjaneh Z, Khoudari G, Sarmini MT, et al. Colorectal cancer epidemiology: recent trends and impact on outcomes. Curr Drug Targets. 2021;22(9):998-1009. DOI: <https://doi.org/10.2174/1389450121999201117115717>.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Anuario Estadístico de Cuba 2020. [Internet]. La Habana: MINSAP; 2021 [acceso 13 Abr 2022]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/AnuarioElectrónico-Español-2020ed-2021.pdf4>.

10. Hoyos-Valdelamar JC, Lora-Acuña LJ, Herrera-Zabaleta LE, Parra-Almeida S, Insignares-Farak Y. Caracterización del cáncer colorrectal en pacientes atendidos en un centro médico del caribe colombiano. *Rev Colomb Cir.* 2022;(37):408-416. DOI: <https://doi.org/10.30944/20117582.2124>.
11. Vanegas DP, Ramírez López LX, Limas Solano LM, Pedraza Bernal AM, Monroy Díaz AL. Factores asociados a cáncer colorrectal. *Rev. Méd. Risaralda.* 2020;26(1):68-77. DOI: <https://doi.org/10.22517/25395203.23111>.
12. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [actualizado 11 Jul 2023; citado 24 Jul 2024]. Cáncer colorrectal. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/colorectal-cancer>.
13. The International Agency for Research on Cancer (IARC) [Internet]. Lyon, Francia: IARC; ©1965-2022 [citado 6 Ago 2024]. Cancer Today. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today/en/dataviz/pie?mode=cancer&group_population1&populations=900&types=1.
14. Gratin FR, Grivennikov SI. Inflammation and Cancer: Triggers, Mechanisms and, and Consequences. 2019;51(1):27-41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2019.06.025>.
15. Karczewski J, Begier-Krasińska B, Staszewski R, Popławska E, Gulczynska-Elhadi K, Dobrowolska A. Obesity and the Risk of Gastrointestinal Cancers. *Dig Dis Sci.* 2019;64(10):2740-2749. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10620-019-05603-9>.
16. Murphy N, Ward HA, Jenab M, Riboli E, Cross AJ, Gunter MJ, et. al. Heterogeneity of Colorectal Cancer Risk Factors by Anatomical Subsite in 10 European Countries: A Multinational Cohort Study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019;17(7):1323-1331.e6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2018.07.030>.
17. Del Valle Llufrío P, Romero Bareiro SR, Santana Fuentes Y. Lesiones de colon diagnosticadas por colonoscopia en pacientes con sangre oculta positiva. *Rev. Med. Electron.* [Internet]. 2014 [citado 2025 Ago 23];36(Suppl1):692-699. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000700002&lng=es.
18. Siegel RL, Torre LA, Soerjomataram I, Hayes RB, Bray F, Weber TK, et. al. Global patterns and trends in colorectal cancer incidence in young adults. *Gut.* 2019;68(12):2179-2185. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319511>.
19. Riihimäki M, Hemminki A, Sundquist J, Hemminki K. Patterns of metastasis in colon and rectal cancer. *Sci Rep.* 2016;6:29765. DOI: <https://doi.org/10.1038/srep29765>.

20. Vabi BW, Gibbs JF, Parker GS. Implications of the growing incidence of global colorectal cancer. J Gastrointest Oncol. 2021;12(Suppl2):S387-S398. DOI: <https://doi.org/10.21037/jgo-2019-gi-06>.
21. Tepus M, Yau TO. Non-Invasive Colorectal Cancer Screening: An Overview. Gastrointest Tumors. 2020;7(3):62-73. DOI: <https://doi.org/10.1159/000507701>.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.