



**Universidad del sureste**  
**Campus Comitán**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Tema: Entamoeba Histolytica**

**Nombre del alumno: Antonia Berenice**  
**Vázquez Santiz**

**Segundo “B”**

**Materia: Microbiología y**  
**Parasitología**

**QFB: Hugo Nájera Mijangos**

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de junio del 2022

## ENTAMOEBA HISTOLYTICA.

Los quistes de *Entamoeba histolytica* aparecen sólo en el interior del colon y en heces formadas o semiformadas; su tamaño varía de 10 a 20  $\mu\text{m}$ . El quiste puede incluir una vacuola de glucógeno y cuerpos cromatoides masas de ribonucleoproteínas, cuyos extremos de manera característica están redondeados a diferencia de los cromatoides en astilla en quistes en desarrollo, de *Entamoeba coli*. En el interior del quiste se efectúa la división nuclear, por la cual el quiste adquiere cuatro núcleos y desaparecen los cuerpos cromatoides y las vacuolas de glucógeno. El diagnóstico en muchos casos depende de las características del quiste, porque los trofozoitos por lo común aparecen sólo en heces diarreicas en casos agudos y viven sólo unas horas.

El trofozoito ameboide es la única forma que aparece en los tejidos. Su citoplasma tiene dos zonas, una franja hialina externa y otra granulosa interna que puede contener la mucosa, lo que les da un aspecto de “botón de camisa” con bordes elevados y en la concavidad se acumulan moco, células necróticas y amebas. Los trofozoitos se multiplican y acumulan por arriba de la capa muscular de la mucosa y a menudo se extienden en sentido lateral; persiste esta extensión rápida de las amebas en fase de multiplicación, lo cual socava la mucosa y origina la clásica úlcera en “botellón de agua” propia de la amebosis primaria. En la propagación ulterior pueden confluír colonias de amebas y así socavan grandes áreas de la superficie mucosa. Los trofozoitos pueden penetrar las capas de músculo y a veces la serosa, lo cual culmina en perforación hacia la cavidad peritoneal. El ensanchamiento del área necrótica es causa de cambios manifiestos en la úlcera y en ella pueden aparecer bordes irregulares superpuestos, invasión bacteriana secundaria y acumulación de neutrófilos.

Las lesiones secundarias en intestinos pueden surgir en la forma de extensiones de la lesión primaria (por lo común en el ciego, el apéndice, o una zona cercana del colon ascendente). Los parásitos pueden viajar a la válvula ileocecal y al íleon terminal y originar una infección crónica. En este tipo de lesiones los sitios más frecuentes son el colon sigmoide y el recto. En la pared intestinal se forma a veces una masa inflamatoria o granulomatosa amebiana (ameboma), que crece en ocasiones al grado de bloquear el interior del colon y el recto. Entre los factores que favorecen la invasión por amebas están el número de parásitos ingeridos, la capacidad patógena de la subespecie parásita; factores del hospedador, como la motilidad intestinal y la inmunocompetencia, y la presencia de bacterias entéricas idóneas que estimulan la proliferación amebiana. Suele ser un problema de máxima importancia la identificación precisa y rápida de la especie de *Entamoeba*. La presencia de trofozoitos, en particular con eritrocitos en su citoplasma, presentes en las heces líquidas o semilíquidas, es un signo patognomónico.

Los síntomas y signos varían enormemente dependiendo del sitio y la gravedad de las lesiones. En la enfermedad grave se advierten dolor intenso del abdomen a la palpación, disentería fulminante, deshidratación e incapacidad. En la forma menos aguda, los síntomas comienzan de modo gradual y abarcan a menudo episodios de diarrea, cólicos abdominales, náusea y vómito, y un deseo urgente de defecar.

cuando los trofozoitos de *E. histolytica* invaden el epitelio intestinal y forman úlceras circunscritas que tienen un cuello relativamente estrecho y sobresalen por encima.

menudo durante semanas la persona presenta cólicos y molestias generales, anorexia y pérdida de peso con malestar generalizado. Los síntomas pueden aparecer y evolucionar en término de cuatro días de la exposición, y a veces lo hacen incluso un año después o quizá nunca. La infección extra intestinal es de tipo metastásico y rara vez acaece por extensión directa desde el intestino. La forma mucho más frecuente es la hepatitis o el absceso hepático amebiano (4% o más de las infecciones clínicas), que supuestamente proviene de microémbolos, que incluyen trofozoitos transportados por la circulación porta.

Un absceso amebiano verdadero es progresivo, no supura salvo que muestre infección secundaria y es destructivo sin compresión ni formación de una pared. Su contenido es necrótico y bacteriológicamente estéril, y las amebas activas se circunscriben a las paredes.

En el absceso se produce la característica “pasta de anchoas” que se identifica en el drenaje quirúrgico. Más de la mitad de los individuos con un absceso amebiano del hígado no señalan el antecedente de infección intestinal y en raras ocasiones los abscesos amebianos aparecen en otros órganos, pulmones, cerebro, bazo. Cualquier órgano o tejido en contacto con trofozoitos activos puede ser sitio de invasión y desarrollo de un absceso. El absceso hepático, que se manifiesta por una elevación de la mitad derecha de la cúpula diafragmática, puede identificarse por ecografía, tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética o gammagrafía. Los estudios serológicos en tales casos por lo común son fuertemente positivos.

## OTRAS AMEBAS INTESTINALES

En la actualidad se considera que *E. histolytica* invasiva o patógena es una especie diferente de la variante comensal no patógena más común, *E. dispar*, que se aloja en los intestinos, y la denominación *E. histolytica* se reserva sólo para la forma patógena.

## Epidemiología

*E. histolytica* es un microorganismo de distribución mundial predominantemente en países en desarrollo que muestran deficiencias en las prácticas sanitarias y la higiene. Las infecciones se transmiten por la vía fecal-bucal; el sujeto suele ingerir los quistes que se encuentran en agua, verduras y alimentos contaminados; también se ha dicho que las moscas intervienen en la transmisión en áreas de contaminación por heces. Muchas infecciones son asintomáticas y el individuo asintomático que expulsa quistes (portador asintomático) constituye la fuente de contaminación de brotes en que el agua potable es contaminada por agua de albañales o hay transgresión de normas sanitarias.

## REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

Brooker S, Bethony J, Hotez PJ: Human hookworm infection in the 21st century. *Adv Parasitol* 2004; 58:197. Centers for Disease Control: Chapter 3 Infectious Diseases Related to Travel ([www.nc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/](http://www.nc.cdc.gov/travel/yellowbook/2014/) chapter-3-infectious-diseases-related-to-travel/schistosomiasis). Centers for Disease Control and Prevention: Parasitic diseases.

<https://www.iberlibro.com>