

DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR *Entamoeba histolytica* EN PACIENTES PROCEDENTES DE ÁREAS ENDÉMICAS

José María Eiros Bouza, Raúl Ortiz de Lejarazu Leonardo
Departamento de Microbiología e Inmunología. Hospital Universitario de Valladolid.

Entamoeba histolytica es un protozoo perteneciente a la subfamilia *Sarcodina* y a la familia *Entamoebidae*. Existen varias especies que infectan al hombre, siendo *E. histolytica* la que causa una patología sistémica de mayor gravedad. El ciclo de este parásito implica la existencia de portadores asintomáticos o paucisintomáticos, que eliminan por sus heces quistes con capacidad de sobrevivir bajo ciertas condiciones ambientales y que pueden infectar por vía digestiva a otras personas. La infección no induce una inmunidad protectora duradera.

Los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de la infección por *E. histolytica* no son concluyentes y suelen presentar dificultades de interpretación debido, fundamentalmente, a tres factores. En primer término, al reducido número de sujetos infectados en los que se observa el microorganismo en un examen único de heces. En segundo lugar, a la confusión con otras especies amebianas a partir de la simple observación de los quistes fecales y, por último, a la variabilidad de la detección de anticuerpos antiamebianos en el suero después de la infección.

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. En la inmensa mayoría de los casos, la infección intestinal es asintomática. Está universalmente aceptado que el hecho de habitar en zonas endémicas es un factor que condiciona un elevado riesgo de infección. En los casos de viajeros o residentes temporales en estas zonas, su adquisición se asocia por lo general con una permanencia superior a un mes, aunque la frecuencia puede estar subestimada ya que suele detectarse únicamente cuando se producen síntomas en el viajero.

La patogenia de la infección por *E. histolytica* traduce su efecto lítico sobre los tejidos (tal y como indica su nombre), lo que ocasiona un microabsceso en cuello de botella, lesión característica desde la perspectiva anatomopatológica. El espectro de las lesiones colónicas varía desde un simple engrosamiento inespecífico de la mucosa a la producción de úlceras, que pueden ser múltiples y diminutas (forunculosis intestinal), o dar lugar a abscesos importantes (subdiafragmáticos). La afectación hepática origina una fibrosis periportal o la formación de un absceso necrótico. Desde el punto de vista clínico se pueden observar cuadros de infección luminal no invasora con síntomas gastrointestinales inespecíficos, enfermedad intestinal invasora de comienzo gradual, con dolor y deposiciones sanguinolentas y absceso hepático.

El paciente del presente caso, nativo de un área africana endémica, presentaba antecedentes de episodios de diarrea no documentada microbiológicamente hace tres meses. En el momento de ser valorado mostraba manifestaciones clínicas de afectación digestiva alta, epigastralgia y una imagen compatible con un absceso hepático. Por ello, era determinante plantear en su evaluación un estudio específico de la infección amebiana.

El estudio parasitológico de las heces resulta de utilidad en los casos de amebiasis intestinal, dado que es posible observar en la materia fecal la presencia de trofozoítos y, más a menudo, de quistes. Sin embargo, en las formas extraintestinales de la amebiasis el empleo de una técnica de diagnóstico por imagen que evalúe la presencia de la lesión hepática suele ser clave. Una vez establecido el índice de sospecha es importante efectuar un diagnóstico microbiológico específico. La serología, como en el caso que nos ocupa, suele ser definitiva porque, como muestran numerosos estudios, los anticuerpos antiamebianos se demuestran en la práctica totalidad de los pacientes. Existen diferentes trabajos que han identificado anticuerpos frente a diversos antígenos de *E. histolytica* y que, mediante inmunoelectrotransferencia, corresponden a proteínas de alrededor de 37, 43, 59, 90, 110 y 170 kD. De todos ellos, el antígeno de 170 kD, que es una glucoproteína con capacidad de fijación (lectina-galactosa), es capaz de inducir una respuesta de anticuerpos específicos en más del 95% de los pacientes con amebiasis invasora. Otro antígeno estructural de superficie, rico en cisteína y cuyo gen codificante fue identificado a principios de la presente década, posee un peso molecular de 29 kD.

La constitución antigénica comentada podría explicar la existencia de reactividades cruzadas frente a antígenos específicos del VIH, tales como la gp160 y la p24 por parte de los individuos infectados por *E. histolytica* y que han desarrollado un absceso hepático. Este hecho obliga a valorar con cautela la presencia de bandas aisladas en las técnicas de confirmación serológica (WB) frente al VIH en un suero único. En los pacientes africanos, una vez excluida una infección por el VIH-2, cabría la posibilidad de descartar una infección por un tipo o subtipo antigénico del VIH no reconocido por los equipos habituales. Se debe tener en cuenta que las técnicas de PCR disponibles en la mayoría de los hospitales están diseñadas para cuantificar el RNA viral y, en algunos casos, sólo reconocen genoma del subtipo B del VIH-1.

Estos hallazgos merecen una consideración adicional ante pacientes africanos en los que se han evidenciado hiperglobulinemias responsables de la aparición de bandas de reactividad en el WB y falsos positivos en pruebas serológicas frente a variadas parasitosis. Por otro lado hace aconsejable la valoración conjunta de sueros pareados, obtenidos con un intervalo de dos y cuatro semanas, de cara a evaluar de manera concluyente las reactividades anteriores. Debido a que en el presente control de calidad (S-2/99) se dispone de una única muestra de suero, las reactividades aisladas observadas en las técnicas de cribado y confirmación de anticuerpos anti-VIH podrían corresponderse con falsos positivos. En todo caso, sería pertinente aconsejar un seguimiento serológico diferido en el tiempo, en el plazo anteriormente señalado.

La valoración serológica realizada en la muestra objeto de estudio con títulos de IgG muy elevados la convierte en compatible con una infección por *E. histolytica* asociada al absceso hepático, hecho reforzado por la presencia de IgM en títulos igualmente altos. La coinfección por *E. histolytica* y por el VIH es una posibilidad que debe ser contemplada, máxime en individuos que refieren promiscuidad sexual y procedentes de áreas africanas de elevada prevalencia de infección por el VIH.

BIBLIOGRAFÍA

Aucott JN, Ravdin JI. Amebiasis and "nonpathogenic" intestinal protozoa. *Infect Dis Clin North Am* 1993; 7:467-485.

Edman U, Meraz MA, Rauser S, Agabian N, Meza I. Characterization of an immunodominant variable surface antigen from pathogenic and nonpathogenic *Entamoeba histolytica*. *J Exp Med* 1990; 172:879-888.

Long EG, Christie JD. The diagnosis of old and new gastrointestinal parasites. *Clin Lab Med* 1995; 15:307-331.