



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**AMEBOMA EN ANASTOMOSIS DE *BYPASS* GÁSTRICO:
REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

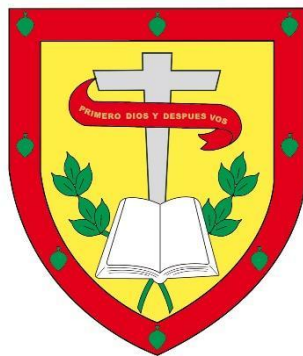
AUTOR: ANDREA CELESTE TROYA PÉREZ

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**AMEBOMA EN ANASTOMOSIS DE *BYPASS* GÁSTRICO:
REPORTE DE CASO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MÉDICO**

AUTOR: ANDREA CELESTE TROYA PÉREZ

DIRECTOR: DR. MANUEL RAFAEL ALDÁS ERAZO

CUENCA - ECUADOR

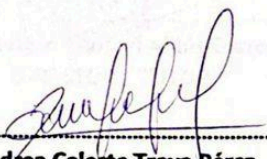
2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

Andrea Celeste Troya Pérez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 1005189731. Declaro ser el autor de la obra: "Ameboma en anastomosis de *bypass* gástrico: Reporte de Caso", sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 22 de abril de 2026

F: 
Andrea Celeste Troya Pérez
C.I. 1005189731

www.ucacue.edu.ec

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "Ameboma en anastomosis de *bypass* gástrico: reporte de caso" realizado por Troya Pérez, Andrea Celeste con documento de identidad No. 1005189731, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 25 de febrero de 2025

F: 
Dr. Manuel Rafael Aldás Erazo
DIRECTOR / TUTOR

Rafael Aldás Erazo
C.I.: 1715496830
GASTROENTERÓLOGO
ENDOSCOPISTA

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Tarqui. ☎ Telf: 2830751, 2824365, 2826563 Azogues: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
☎ Telf: 593 (7) 2241 - 613, 2243-444, 2245-205, 2241-587 Cañar: Calle Antonio Avila Clavijo. ☎ Telf: 072235268, 072235870 San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria
km.72 Quinceava Este y Primera Sur ☎ Telf: 2424110 Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n ☎ Telf: 2700393, 2700392

DEDICATORIA

“El esfuerzo supera al talento, cuando el talento no se esfuerza”

Tim Notke

A mis padres, quienes, con su inalcanzable amor y esfuerzo, me hicieron quien soy y forjaron la base de quien seré mañana.

A mi papá, Fabián Troya, quien, con manos firmes y corazón generoso, me enseñó desde pequeña el valor de los sueños y la perseverancia, quien, con cada esfuerzo compartido me brindó todo su apoyo y todos los medios posibles para avanzar y creer en mí, incluso en mis dudas. Su ejemplo, será siempre la brújula en mi sendero, su apoyo, la columna que me sostiene y su amor, la certeza de que nunca estaré sola. Papá, gracias por estar ahí, en silencio o en palabra, guiando cada uno de mis pasos y recordándome incesantemente, que siempre existirá un hogar al cual siempre podré regresar; no existen palabras suficientes para reflejar todo el amor y respeto que siento hacia él, pues de todos, mi papá, es y siempre será, el mejor.

A mi mamá, Andrea Pérez, mi fuerza silenciosa y mi refugio, quien, con amor inagotable y un apoyo que no conoce fronteras, me enseñó que los sueños crecen en base a la dedicación y al deseo de querer lograr siempre más; por ser la mano que se que nunca me soltará, el abrazo al cual siempre podré ir en días frágiles y la voz, que en mis logros, celebra tan fuerte que no me doy cuenta quien no lo hace. A ella, por todos sus sacrificios y el amor desinteresado que solo una madre como ella puede dar; ojalá algún día pueda ser tan noble y fuerte a la vez, como ella lo es.

A mí, que desde pequeña supe mi capacidad para lograr lo que me plantease y no me detuve hasta alcanzarlo, por soñar día tras día en cumplir la vocación de la medicina y

me motive incluso en los días más difíciles; por salir adelante sin desviarme del objetivo, a pesar de estar lejos de casa; a mí, por permitirme ser mi mejor versión.

AGRADECIMIENTO

“Pero tú, cuando ores, apártate a solas, cierra la puerta detrás de ti y ora a tu Padre en privado. Entonces, tu Padre, quien todo lo ve, te recompensará”

Mateo 6:6, Nueva Traducción Viviente (NTV)

A Dios, por darme la vocación más noble, el talento, la capacidad de poder ayudar al prójimo y curar, por darme la fuerza diaria y la bendición de cumplir mi objetivo.

Mi familia, especialmente a mis padres, mi hermana Fabianna Troya, quien es mi mejor amiga y mi compañera en el camino de la vida, quien me apoya sin esperar nada a cambio y me cuida a pesar de ser mi hermana menor; a mi abuelita Esthela, quien sin falta, pide por mí todos los días, y aunque ella no lo sepa, sus oraciones siempre me guardan a donde quiera que vaya, por su corazón tan puro y ser mi segunda mamá en los momentos más difíciles. A Christopher, por ser un apoyo constante y haberme permitido encontrar en él un amigo, en quien sé, siempre podré confiar.

Mi novio, Juan Maldonado, por ser el ánimo constante y el compañero ideal, por enseñarme que, con amor, todo es mejor, porque en cada logro que recibo, se siente el eco de su apoyo, por enseñarme a ver mis debilidades como fortalezas y enseñarme que siempre se puede ser mejor, por darme un lugar seguro con él y enseñarme que, hogar, también es un lugar en el corazón. Su presencia en mi vida, me ha enseñado tanto de mi misma que me ha enseñado a ser más pequeño lo que parecía inalcanzable, gracias a él, por crecer juntos.

La familia de mi novio, especialmente a Carmita, por abrirme las puertas de su hogar y permitirme ser una más de su familia, su gran corazón y empatía es algo que jamás podré devolver, ya que, gracias a ella, la lejanía de mi casa no se sintió a profundidad,

pues en ella, me permití formar un segundo hogar. A Paula, quien se convirtió en mi amiga y parte de mi familia, por su compañía y cariño a lo largo de los días y por saber comprenderme y brindarme una mano cuando más lo necesité.

Mis amigos, Renata, Stefanny, Carlos y Geanela quienes han sido parte del proceso desde el día uno, pues nadie mejor que ellos han entendido lo mejor y lo peor del mismo, les agradezco por el lazo profundo de amistad que hemos formado, los llevaré siempre conmigo, pues una mezcla de todo lo que son, me conforma hoy a mí. A mis amigas, Camila, Stefy e Isa, por entender mis ausencias y quererme igual, por ser la amistad más real y la voz de ánimo que siempre ha estado, por hacerme sentir su calidez y brindarme siempre la ayuda que necesité, a pesar de la distancia, tienen un lugar fundamental en mi vida y un espacio en mi corazón.

A mi tutor de tesis, el doctor Rafael Aldás, por ser la mejor guía en el desarrollo de este trabajo, por la dedicación de su tiempo hacia mí y brindarme conocimiento necesario para realizar el mejor trabajo posible; por su comprensión y empatía en mis errores y la vocación de docencia, lo que lo hace uno de los mejores docentes de la institución; espero, todos tengan la oportunidad de tener un tutor como el mío.

La universidad, por brindarme el espacio donde pude impulsar mi vocación y proporcionarme los medios con los cuales pude desarrollar al máximo mis capacidades; por darme la oportunidad de evolucionar como persona y futuro profesional y permitirme formar un criterio individual e identidad.

RESUMEN

Entamoeba histolytica es un parásito que infecta entre 30 y 50 millones de personas y es responsable de alrededor de 100.000 muertes anuales, predominando en países en vías de desarrollo donde es endémico. La infección puede ser asintomática; sin embargo, en un pequeño porcentaje, puede causar complicaciones graves, como el ameboma, una masa inflamatoria en el colon que genera síntomas como fiebre, dolor abdominal y, en ocasiones, simula una obstrucción intestinal. El diagnóstico requiere exámenes paraclínicos e imágenes, seguidos de un tratamiento con metronidazol. En pacientes con bypass gástrico, la detección y el manejo son desafiantes, debido a la escasa información y recurrencia. Se describe un caso clínico de un paciente masculino de 36 años con antecedentes de hipertensión, diabetes, obesidad y cirugía bariátrica, que presenta cuadro clínico parecido con obstrucción intestinal post *bypass* gástrico. Los estudios, incluida una tomografía computarizada, revelaron un engrosamiento en colon ascendente, causado por un ameboma, diagnosticado mediante el análisis patológico en una muestra obtenida en hemicolectomía derecha. El manejo resultó ser quirúrgico por el hallazgo incidental, apoyado del uso de antibióticos y nitroimidazoles, con la recuperación favorable del paciente. Este caso documenta manifestaciones inusuales de la amebiasis en un contexto postquirúrgico, aportando datos relevantes sobre complicaciones infecciosas en sitios quirúrgicos, fenómenos poco reportados en la literatura médica, lo que crea la necesidad del desarrollo de protocolos específicos para el manejo de las infecciones de características similares al caso.

Palabras clave: Amebiasis, Ameboma, *Bypass* gástrico, Obstrucción intestinal, Reporte de caso

ABSTRACT

Entamoeba histolytica is a parasite that infects between 30 and 50 million people and is responsible for around 100,000 deaths annually, predominantly in developing countries where it is endemic. The infection may be asymptomatic; however, in a small percentage, it can cause serious complications, such as *ameboma*—an inflammatory mass in the colon that presents with symptoms such as fever and abdominal pain and sometimes simulates an intestinal obstruction. Diagnosis requires paraclinical examinations and imaging, followed by treatment with metronidazole. In gastric bypass patients, detection and treatment can be challenging due to underreporting and recurrence. A clinical case is described by a 36-year-old male patient with a history of hypertension, diabetes, obesity, and bariatric surgery, who developed a clinical picture similar to intestinal obstruction after gastric bypass. Studies, including computed tomography, revealed a thickening of the ascending colon caused by an *ameboma*, diagnosed by pathological analysis in a sample obtained during a right hemicolectomy. Management was surgical due to the incidental finding, supported by the use of antibiotics and *nitroimidazoles*, resulting in the patient's favorable recovery. This case describes the unusual manifestations of *amebiasis* in a postsurgical context, providing relevant data on infectious complications in surgical sites—phenomena rarely reported in the medical literature—which creates the need for the development of specific protocols for the management of infections with characteristics similar to the case.

Keywords: Amebiasis, *Ameboma*, Gastric bypass, Intestinal obstruction, Case report

ÍNDICE

<i>RESUMEN</i>	9
<i>ABSTRACT</i>	10
<i>INTRODUCCIÓN</i>	12
<i>OBJETIVOS</i>	15
Objetivo General	15
Objetivos Específicos	15
<i>REPORTE DEL CASO</i>	16
Información del paciente	16
Hallazgos clínicos	16
Línea de tiempo	17
Evaluación diagnóstica	17
Intervención terapéutica	19
Seguimiento y resultados	20
<i>DISCUSIÓN</i>	22
<i>PERSPECTIVA DEL PACIENTE</i>	26
<i>CONCLUSIONES</i>	27
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	29
<i>ANEXOS</i>	38

INTRODUCCIÓN

Entamoeba histolytica es un parásito de origen humano y de mucha antigüedad, cuyo nombre se debe a su capacidad de destruir tejidos ¹. Es un protozoo que afecta entre 30 y 50 millones de personas, posicionándose como la cuarta causa de muerte a nivel global, con aproximadamente 100.000 decesos por año según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ². Si bien su distribución es global, es endémica en países en vías de desarrollo, donde los viajeros que visitan estas regiones, pueden ser susceptibles a la infección, sin embargo, solo un 10% de estos se verá afectada por la especie patógena ³.

La amebiasis, suele manifestarse clínicamente como colitis, cuya infección no tiene una prevalencia real conocida, puesto que existe una falta de diagnósticos específicos e información acerca de las especies consideradas no patógenas, que suelen ser más comunes ^{4,5}. Sin embargo, se cree que su infección, está asociada a múltiples factores como las condiciones de vida desfavorables, falta de servicios sanitarios y de alcantarillado, baja nivel educativo, consumo de alimentos contaminados, etc., contribuyendo a tasas de mortalidad y morbilidad que oscilan entre 8,7 y 18,6% ⁶⁻⁸.

En Ecuador, la situación no es diferente, debido a que la amebiasis alcanza una tasa de infección del 85,7%, lo que la convierte en la segunda enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en el país; aun así, a pesar de su impacto, forma parte de las infecciones parasitarias desatendidas, sin prioridad significativa dentro de las estrategias de prevención ⁹.

Si bien más del 90% de los casos cursan con una infección asintomática y autolimitada, este protozoo puede llegar a generar daño por las habilidades que lo hacen capaz de perpetuarse en el organismo humano, manteniendo un ciclo celular simple en dos formas: trofozoítos y quistes, pudiendo utilizar recursos del huésped, interactuar con la microbiota intestinal y evadir respuestas inmunes, resultando en un daño en el mismo y

ruptura de su homeostasis, siendo igual, la magnitud del daño, a la medida de la patogenicidad ^{10,11}.

A pesar de su virulencia, solo el 2% de la población cursa con complicaciones significativas y poco comunes, como el ameboma, masa de tejido de granulación, cuyo núcleo es inflamatorio y su periferia es fibrótica, producto de una infección crónica, que está asociada a factores como la desnutrición, enfermedades oncológicas, alcoholismo, corticoterapia, inmunosupresión y el embarazo ^{12,13}.

De manera general, el comportamiento de la amebiasis suele presentar fiebre y dolor abdominal, y si bien puede identificarse leucocitosis, aumento de marcadores inflamatorios o alteración del perfil hepático, estos no tienen importancia diagnóstica, ya que no se relacionan con la intensidad de la enfermedad ⁶.

Para confirmar el diagnóstico, podemos utilizar varias modalidades o estudios paraclínicos como la microscopía, hemocultivo, detección de antígenos, pruebas moleculares y serología, complementándose el diagnóstico mediante técnicas de imagen como la ecografía y la tomografía computarizada (TC), que son capaces de evidenciar lesiones ocupantes y la presencia o ausencia de complicaciones ^{6,14}.

Para su tratamiento, la farmacología juega un papel representativo, del cual, el metronidazol, es el medicamento más comúnmente utilizado, ya que ejerce un efecto tóxico en los trofozoítos; sin embargo, se deben tomar en cuenta sus efectos adversos como cefalea, vómito, sabor metálico en la boca y más graves, como la ataxia, anorexia, erupciones cutáneas y neurotoxicidad, siendo esta última, muy ocasional ^{15,16}.

Las complicaciones pueden mostrar síntomas como diarrea sanguinolenta o acuosa, pérdida de peso durante varias semanas e inclusive imitar el comportamiento patológico

de un tumor colónico, presentándose en lugares poco comunes, como los *bypass* gástricos, donde su diagnóstico se vuelve más desafiante ^{13,17}.

Actualmente, la cirugía bariátrica se reconoce como la mejor opción para el tratamiento de la obesidad, especialmente ante situaciones específicas como la obesidad severa y compleja, ya que no solo produce una pérdida significativa de peso corporal en un tiempo más corto, sino que mejora el control de enfermedades metabólicas, como la diabetes ^{13,17}.

Existe una gran variedad de cirugías bariátricas, donde los *bypass* gástricos o biliopancreática se consideran, hoy en día, la técnica de elección en estos procedimientos quirúrgicos, que incluyen el *bypass* gástrico Roux-en-Y, *bypass* gástrico con una anastomosis y la gastrectomía en manga laparoscópica, cuya elección dependerá del médico tratante y de los resultados que se quiera alcanzar, tomando siempre en cuenta la decisión individual de cada paciente ^{18,19}.

El presente reporte de caso se realiza con el propósito de proporcionar información sobre las potenciales complicaciones de una infección por *Entamoeba histolytica*, enfocándonos principalmente en escenarios poco usuales, como un proceso quirúrgico, reportando datos clínicos que brinden sustento científico a la investigación de estas patologías.

OBJETIVOS

Objetivo General

Detallar un caso clínico acerca de una obstrucción intestinal por ameboma en zona de anastomosis de *bypass* gástrico.

Objetivos Específicos

1. Sustentar el caso clínico con base en una recopilación bibliográfica estratégica y actualizada.
2. Evaluar la relevancia de este caso en el contexto de la práctica clínica, resaltando su impacto en la detección y manejo de complicaciones inusuales en escenarios como la cirugía bariátrica, comparándolo con literatura existente y discutir sus implicaciones clínicas.
3. Analizar el caso clínico, con el fin de que sea un referente para futuras investigaciones y aplicaciones de carácter médico-investigativo, para los médicos actuales y futuras generaciones, en cuanto a las complicaciones poco comunes de la amebiasis.

REPORTE DEL CASO

Información del paciente

Paciente masculino de 36 años, soltero, con instrucción primaria, ocupación comerciante, mestizo, ORH+, procedente y residente en Quito-Ecuador; no refiere antecedente traumático o psicológico personal; dentro de sus antecedentes patológicos personales (APP), refiere hipertensión arterial en tratamiento con Telmisartán 80 mg, bisoprolol 5 mg, amlodipino 5 mg, diabetes en tratamiento con fenofibrato 200 mg y Omacor a dosis que no recuerda y obesidad previa a proceso bariátrico. Adicionalmente, refiere haber realizado hace 5 meses aproximadamente, dos viajes al extranjero (Colombia).

Dentro de sus antecedentes familiares, refiere madre diabética con obesidad hace 12 años y hermana. Debido a los APP, fue sometido a cirugía bariátrica realizada 9 meses previos a la consulta, que se complicó con una obstrucción intestinal y se decidió su resolución con la colocación de ileostomía, con resultado inmediato favorable, pero que, horas después, se obstruye y genera sintomatología y complicaciones.

Hallazgos clínicos

El paciente refiere intenso dolor abdominal de tipo cólico y punzante con una intensidad 8/10 según EVA, que empieza en fosa iliaca derecha, se irradia hacia las costillas y se generaliza en todo el abdomen, con presencia de vómito concurrente amarillento y sin contenido alimentario, que persistía a pesar de solo tomar agua, acompañado de alza térmica no cuantificada, astenia y sueño persistente, por lo que el paciente decide automedicarse con paracetamol a dosis que no recuerda.

Línea de tiempo

El paciente, al ver que la sintomatología no cedía, acude a un centro hospitalario donde, realizan tomografía computarizada (TC) y se realiza el diagnóstico de abdomen obstructivo, razón por la cual se realiza laparotomía diagnóstica e ileostomía en asa subsecuente. Al quinto día de su estancia hospitalaria, paciente no refleja mejorías y muestra exacerbación de cuadro sintomático, por lo que solicita alta voluntaria y acude a otra institución hospitalaria de mayor complejidad.

Durante esta internación, los síntomas se intensifican, presentado facies álgicas, orientado en las tres esferas, signos vitales en los siguientes parámetros: PA:100/50 mmHg, FC: 120 lpm, FR: 28 rpm, T: 39,5°C, SatO2: 80%, además de mucosas orales secas, piel pálida y con signos de deshidratación, campos pulmonares con disminución del murmullo vesicular bilateral y bases abolidas, taquicardia, abdomen con ileostomía vital sin producción y tres heridas suturadas de 1 cm de longitud tanto en ombligo como en zona paraumbilical bilateral, además RHA abolidos.

Evaluación diagnóstica

La impresión diagnóstica del médico tratante es una obstrucción intestinal, para la cual se solicita la realización de una TC de abdomen en donde se encontró una severa dilatación de asas del intestino delgado, con niveles hidroaéreos de aspecto obstructivo, además de un engrosamiento concéntrico de la pared colónica a nivel del tercio medio del colon ascendente, comprometiendo el ángulo hepático y tercio proximal del colon transversal, con una subsecuente obstrucción subtotal de la luz colónica.

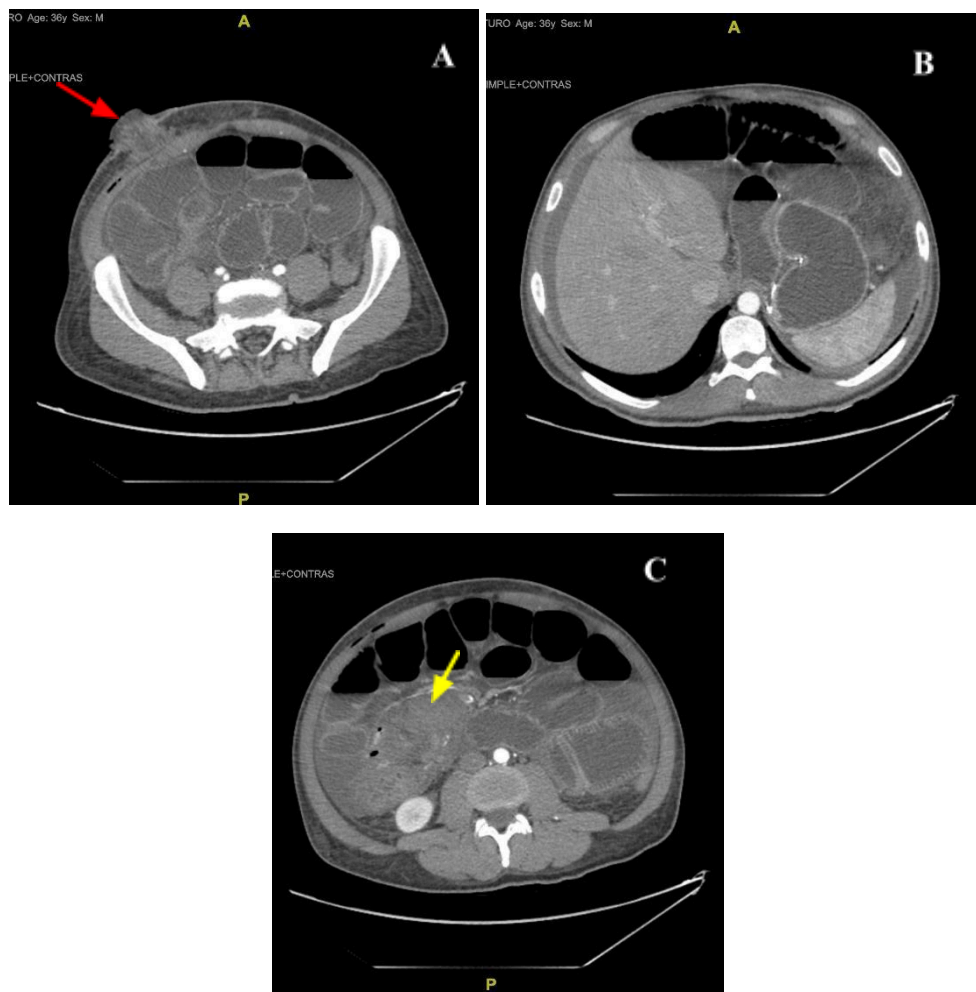


Figura 1. (A) Cambios postquirúrgicos en la pared abdominal con la presencia de ileostomía aparentemente no funcionante a dicho nivel (flecha continua roja) y severa dilatación de asas de intestino delgado en todo su trayecto. (B) Conformación de niveles hidroaéreos de aspecto obstructivo. (C) A nivel del tercio medio del colon ascendente, se observa engrosamiento concéntrico de la pared colónica (flecha continua amarilla), con consecuente oclusión subtotal de la luz colónica.

Fuente: Tomado del archivo médico del paciente.

A consecuencia de los hallazgos, se propone la realización de una laparotomía abierta como intervención terapéutica, procedimiento que permite el acceso seguro y una visualización adecuada del medio, usada en este contexto por la contraindicación de procedimientos laparoscópicos.

Intervención terapéutica

En la laparotomía, se evidencia la presencia de asas dilatadas, ileostomía en asa obstruida y masa en colon derecho con obstrucción total de la luz, además de 1000 cc de líquido inflamatorio. Como consecuencia de los hallazgos, se realiza hemicolectomía derecha que involucra la masa e ileostomía en asa con anastomosis íleo-transverso para su subsecuente análisis y análisis de líquido inflamatorio para el descarte de malignidad; el procedimiento no presentó complicaciones y se dejó dos drenajes.

Se inicia con dieta líquida y se inicia tratamiento antibiótico con ampicilina + sulbactam 3 gr y metronidazol 500 mg cada 8 horas. Al segundo día de hospitalización, expulsa flatos y empieza dieta líquida a tolerancia, además, leucocitos disminuyen a valor normal; al tercer día de hospitalización el alza térmica cesa y se retira primer drenaje, reflejando un cuadro aparentemente estable.

Al cuarto día de hospitalización, paciente inicia con distensión abdominal, náuseas y vómitos, acompañado de febrícula y dolor abdominal intenso, además de no eliminar flatos; por lo tanto, se decide realizar tránsito intestinal con contraste oral positivo, donde se observan características de tipo obstructivo y, tras la administración del contraste, opacificación de asas intestinales a nivel de fosa iliaca derecha que no llega a colon, decidiendo realizar una tercera laparotomía exploratoria, donde no hubo hallazgos de relevancia.

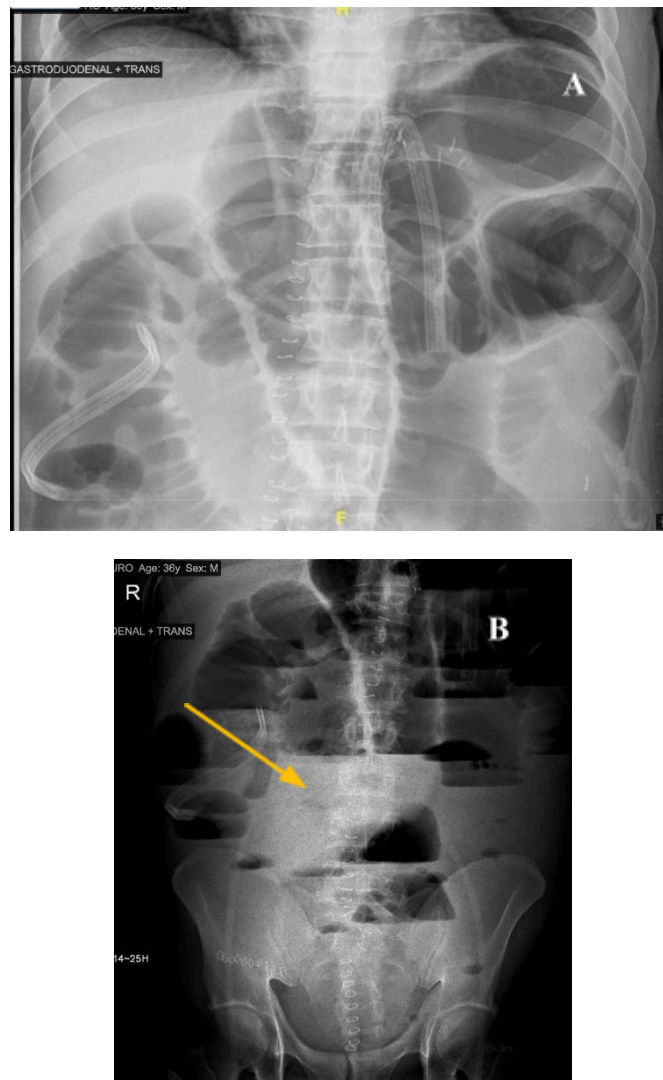


Figura 2. (A) Placa simple de abdomen donde se observa distensión gaseosa de intestino delgado y grueso, de características de tipo obstructiva. (B) Tránsito intestinal con contraste oral donde se observa opacificación de asas intestinales a nivel de tosa iliaca derecha (flecha continua amarilla), mostrando que no hay franco desplazamiento del contraste hacia intestino distal.

Fuente: Tomado del archivo médico del paciente.

Seguimiento y resultados

Posterior al procedimiento, paciente sufre de síndrome de dificultad respiratoria (SDR) que requirió su ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos (UCI); se inicia tratamiento con carbapenémicos y, durante su estancia, se recibe el reporte anatomopatológico de la masa adquirida en la hemicolectomía derecha a 6 cm del nivel del ciego, el cual fue un

ameboma perforado de 12 x 8 x 5 cm, de consistencia fibroelástica, mal delimitada, que produce obstrucción extrínseca a nivel del tercio medio del colon con una lesión de tipo plastrón pericólico con perforación por ameboma.



Figura 3. Resultado de la hemicolectomía derecha.

Fuente: Tomado del archivo médico del paciente.

Posteriormente, y a partir del tratamiento tanto quirúrgico como farmacológico, paciente recupera su estado óptimo y sale de UCI, para permanecer 3 días más en hospitalización, que generó buena respuesta. Paciente sale con alta médica, con pronóstico favorable y sin complicaciones posteriores.

DISCUSIÓN

Los principales hallazgos del caso clínico destacan la importancia de la presentación de la amebiasis y sus complicaciones inusuales como el ameboma, especialmente en zonas particulares como los sitios quirúrgicos; sin embargo, la falta de información y la limitada capacidad de detectar estas manifestaciones antes de que progresen a estadios graves y comprometan la calidad de vida del paciente, restringe el manejo eficaz de los pacientes afectados.

A pesar de que la presentación clínica del ameboma, en el contexto del paciente, es muy clara y de características, el abordaje del mismo se realizó a partir de un hallazgo que fue incidental, tras múltiples procedimientos que, si bien afectaron la evolución del paciente, afortunadamente condujeron a una resolución eficaz y favorable.

Las parasitosis intestinales son las infestaciones del tubo digestivo con mayor prevalencia a nivel mundial, donde los protozoos, originan una relación simbiótica con su huésped y que no es mutuamente beneficiosa; su transición es fecal-oral bajo la forma de quistes, para, en determinados sitios a nivel intestinal, madura y transformarse en trofozoítos, que absorberán nutrientes en su beneficio, se reproducirán para invadir aún más al huésped y, cierta cantidad, se eliminarán ^{20,21}.

El epitelio intestinal, funciona como una barrera de protección contra organismos invasores, pero, los protozoos entéricos, además de su capacidad para detectar reacciones inmunitarias, alteran el microbioma intestinal del huésped, dando diferentes perfiles de enfermedad como, según Sardinha A *et al.* ²², la inducción de inflamación crónica o reacciones granulomatosas.

La *Entamoeba histolytica*, especie de ameba y tercera causa de muerte por protozoarios a nivel mundial, es un organismo unicelular móvil que actúa como comensal del ser

humano, que, en la mayoría de los casos, se autolimita de forma asintomática en el intestino o, en otros, puede atravesar la barrera epitelial mucosa, provocando sintomatología típica de la amebiasis como disentería, abscesos hepáticos, masas granulomatosas colónicas y complicaciones varias ^{23,24}.

Afecta a 50 millones de personas aproximadamente a nivel mundial, siendo prevalente en países en desarrollo con climas tropicales o subtropicales y relacionado, según Ngui *et al.* ²⁵, Campos L *et al.* ²⁶ y Tunas L *et al.* ²⁷ con los hábitos de alimentación, defecación, higiene, limpieza, el nivel de escolarización de los grupos afectados y consumo de alimentos contaminados, mostrando como resultado un riesgo alto de infección en poblaciones de zonas rurales ^{28,29}. En el caso clínico, se reconocen varios factores de riesgo, como la ocupación del paciente y viajes recientes a Colombia.

El riesgo aumenta gracias a factores ambientales como la mala disposición de desechos y la temperatura óptima para su desarrollo, como en el caso de países de Latinoamérica, donde, según Cuenca K *et al.* ³⁰, la prevalencia de parasitosis es mayor ^{30,31}. Higuera A *et al.* ³², demostró que Colombia, gracias a sus condiciones climáticas y ubicación, tiene una alta frecuencia de protozoos intestinales en diferentes regiones del país; de las cuales, según, Kann S *et al.* ³³, el 7% de los casos pertenecían a *Entamoeba histolytica*.

Colombia, es considerada una de las zonas de Latinoamérica con más alta prevalencia de amebiasis (65,9%) solo por debajo de Argentina, donde, Botero J *et al.* ³⁴, especifica que, las condiciones sanitarias inadecuadas, facilitan la transmisión de estas infecciones parasitarias ^{34,35}. El paciente realizó dos viajes previos al inicio del cuadro a Colombia, por lo que, posiblemente, la infección se transmitió en este medio.

Según Uddin J *et al.* ³⁶, la *Entamoeba histolytica*, necesita dividir la superficie del moco intestinal y unirse a las células epiteliales del mismo, esto lo realiza por medio de

varias cisteínas proteasas, como la EhCP5, que degradan la capa de mucina; posteriormente, su adherencia es posible y se induce a la producción de citocinas proinflamatorias; se considera que la disminución del microbioma intestinal es un factor de riesgo para la amebiasis.

Nathan N *et al.* ³⁷, describe en su estudio que, el microbioma intestinal se ve afectado por la obesidad y está en relación con la desregulación intestinal, asimismo, Gamboa Y *et al.* ³⁸, identifica que las personas con exceso de peso sufren de modificaciones en la flora intestinal y aunque, su relación debe ser más estudiada, se reconoce a la obesidad como un factor de riesgo para el nivel de invasión del patógeno, el cual es paciente tenía.

La amebiasis, en su gran parte, suele cursar como una patología asintomática, sin embargo, tanto Chou A *et al.* ³⁹, como Kaiser R *et al.* ⁴⁰, coinciden que en un 10% de los infectados, existirá amebiasis invasiva entre 8 y 20 semanas después de la exposición y de forma gradual, con síntomas crecientes de enfermedad gastrointestinal como dolor abdominal, fiebre, diarrea, disentería y pérdida de peso y, según Somocurcio J *et al.* ⁴¹, alcanzando una alta mortalidad.

El diagnóstico, según Castillo M *et al.* ⁴², se basa en el estudio de muestra de heces y la Reacción de Cadena de Polimerasa (PCR) como método aprobado para el diagnóstico y diferenciación de las diferentes especies, con una sensibilidad del 72% y especificidad del 99%, además, de la prueba ELISA para antígeno fecal amebiano; pese a esto, los resultados presentes en el estudio patológico o examen microscópico directo, son indiscutibles, lo que, según Das S *et al.* ⁴³, es el diagnóstico definitivo de *Entamoeba histolytica*, lo que, finalmente, confirmó el diagnóstico en el paciente.

Salas C *et al.* ⁴⁴, describe que dentro de las complicaciones tenemos la estrechez u

obstrucción intestinal, fistulas recto-vaginales, ameboma, megacolon tóxico, úlceras perianales, etc., lo que, según Castilla R *et al.* ⁴⁵, asemeja a una obstrucción intestinal severa, acompañado de vómito, fiebre, distensión abdominal, abolición del peristaltismo, etc., lo que coincide con el cuadro clínico presentado en nuestro paciente además de la cirugía abdominal, donde el principal hallazgo es una masa en colon derecho que obstruye totalmente la luz colónica.

Omwansa P *et al.* ⁴⁶ y García L *et al.* ⁴⁷, describen al ameboma como una complicación infrecuente pseudo-tumoral y granulomatosa de la amebiasis invasora mal tratada, e inclusive, no tratada, con una prevalencia del 7,6%, de tamaño variable y resultado de cambios hipertróficos, con formación de tejido de granulación, que suele aparecer como una lesión anular que imita un tumor cecal, acompañada de respuesta inflamatoria aguda y gastrointestinal. ⁴⁷⁻⁴⁹. En el caso clínico, el hallazgo fue incidental, gracias al abordaje quirúrgico a causa de un abdomen agudo.

El tratamiento farmacológico se basa en el uso de amebicidas intraluminales, eficaces contra los trofozoítos en pacientes asintomáticos, y de amebicidas tisulares, que son eficaces en los tejidos, eliminando hasta el 50% de los quistes intestinales; en el caso de la enfermedad invasora se utilizan nitroimidazoles (metronidazol, tinidazol y ornidazol), además, se considera otros fármacos de segunda línea como la dihidroemetina y la cloroquina, que se concentra en la vía biliar y como adyuvante de otros amebicidas ⁵⁰.

El fármaco más utilizado es el metronidazol a dosis de 500-700 mg tres veces al día durante 7-10 días, tanto por vía oral como intravenosa, ya que esta última, no ofrece ventaja significativa a menos que el paciente no tolere vía oral o tenga malabsorción, con una tasa de curación del 90%; en presencia de intolerancia a este, se opta por

tinidazol y ornidazol a dosis de 60 mg/Kg/día (máximo 2 gr) por 10 días; si hay intolerancia a los imidazoles en general se opta por nitazoxanida ⁵¹.

PERSPECTIVA DEL PACIENTE

Paciente refiere que la atención brindada por el médico tratante fue muy favorable a nivel personal, ya que trato de manera integral el problema intestinal y las complicaciones dada en ciertos momentos del manejo del mismo, de igual forma, brindó una recuperación absoluta con mejoría inmediata, recuperando su calidad de vida antes de los problemas, viviendo sin molestias.

Añade que el trabajo del doctor tratante fue excelente en todo momento, pues supo brindarle atención, preocupación y confianza al demostrar características de conocimiento y empatía como ser humano y profesional, haciendo que las situaciones se tornen más fáciles de sobrellevar cuando estas se complicaban. Asegura que el tratamiento fue el adecuado pues su calidad de vida es muestra de eso.

CONCLUSIONES

1. Sustentar el caso clínico con base en una recopilación bibliográfica estratégica y actualizada.

La sustentación del caso clínico con base en una recopilación bibliográfica actualizada, permitió contextualizar el mismo hacia sus complicaciones, aportando información que respalda el diagnóstico y manejo de esta patología. La evidencia disponible indica que, el ameboma puede presentarse como una complicación grave en pacientes postquirúrgicos; sin embargo, la limitada literatura representa una barrera en la optimización del diagnóstico temprano, por lo que se recomienda que futuras investigaciones aborden casos similares para mejorar la detección de complicaciones inusuales.

2. Evaluar la relevancia de este caso en el contexto de la práctica clínica, resaltando su impacto en la detección y manejo de complicaciones inusuales en escenarios como la cirugía bariátrica, comparándolo con literatura existente y discutir sus implicaciones clínicas.

Este caso pone énfasis en la importancia de considerar el ameboma como parte del diagnóstico diferencial en pacientes con antecedentes de cirugía bariátrica que desarrollan obstrucción intestinal. La comparación con la literatura actual revela que la identificación oportuna es limitada, especialmente debido a su presentación atípica en el contexto postquirúrgico, pero que sus implicaciones clínicas incluyen una mayor vigilancia en pacientes de riesgo, por lo que se recomienda la creación de protocolos diagnósticos que integren la posibilidad de infecciones parasitarias en escenarios quirúrgicos.

3. Analizar el caso clínico, con el fin de que sea un referente para futuras investigaciones y aplicaciones de carácter médico-investigativo, para los médicos actuales y futuras generaciones, en cuanto a las complicaciones poco comunes de la amebiasis.

Este caso se convierte en un referente para investigaciones futuras, al describir la presentación y manejo de una complicación como el ameboma en un contexto como el *bypass* gástrico, un fenómeno poco documentado en la literatura médica y comunidad científica, brindando una base de conocimiento más amplia. La falta de reportes y guías específicas sobre el manejo de estas complicaciones, destaca la necesidad de investigaciones adicionales, por lo que se recomienda estudios multicéntricos que evalúen la prevalencia, tratamiento y pronóstico del ameboma en contextos similares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marie C, Petri W. Regulation of virulence of entamoeba histolytica. Annual Review of Microbiology. [Internet]. 2014 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 68: 493–520. DOI: [10.1146/annurev-micro-091313-103550](https://doi.org/10.1146/annurev-micro-091313-103550)
2. Guerra G, Basail J, Torres S, Fernández A. Abscesos hepáticos por Entamoeba Histolytica en Ibiza. Revista de la Sociedad Andaluza de Microbiología y Parasitología Clínica. [Internet]. 2020 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 3(1): 4–6. Disponible en: https://revista.samicei.es/images/site/files/AMPAC_VOL3_NUM1.pdf
3. Carrero J, Reyes M, Serrano J, Shibayama M, Unzueta J, León N, et al. Intestinal amoebiasis: 160 years of its first detection and still remains as a health problem in developing countries. International Journal of Medical Microbiology. [Internet]. 2020 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 310(1). 1-15. DOI: [10.1016/j.ijmm.2019.151358](https://doi.org/10.1016/j.ijmm.2019.151358)
4. Uddin M, Leslie J, Petri W. Host Protective Mechanisms to Intestinal Amebiasis. Trends in Parasitology. [Internet]. 2021 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 37(2): 165–175. DOI: [10.1016/j.pt.2020.09.015](https://doi.org/10.1016/j.pt.2020.09.015)
5. Sard B, Navarro R, Esteban J. Amebas intestinales no patógenas: una visión clinicoanalítica. Enferm Infecc Microbiol Clin. [Internet]. 2011 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 29(3): 20–28. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/parasitologia/ccs-2009-parasitologia.pdf>

6. Khim G, Em S, Mo S, Townell N. Liver abscess: Diagnostic and management issues found in the low resource setting. *Br Med Bull*. [Internet]. 2019 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 132(1): 45–52. DOI: [10.1093/bmb/ldz032](https://doi.org/10.1093/bmb/ldz032)
7. Acha P, Zyfres Boris. Zoonoses and communicable disease common to man and animals [Internet]. Vol. 3. 3 a ed. USA: Pan American Health Organization & A.I.T.B.S. Publishers; 2006. [Citado el 05 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/711/ZoonosesVol-3.pdf>
8. Zavala G, van Dulm E, Doak C, García O, Polman K, Campos M. Ascariasis, Amebiasis and Giardiasis in Mexican children: distribution and geographical, environmental and socioeconomic risk factors. *Journal of Parasitic Diseases*. [Internet]. 2020 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 44(4): 829–836. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12639-020-01260-2>
9. Chuqui L, Poveda F. Prevalencia de parasitosis intestinal en niños y niñas del Ecuador. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*. [Internet]. 2023 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 5(4). DOI: <https://doi.org/10.59169/pentaciencias.v5i4.691>
10. Guillén N. Pathogenicity and virulence of *Entamoeba histolytica*, the agent of amoebiasis. *Virulence*. [Internet]. 2023 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 14(1). DOI: [10.1080/21505594.2022.2158656](https://doi.org/10.1080/21505594.2022.2158656)
11. Morán P, Serrano A, Rojas L, González E, Pérez H, Hernández E, et al. Amoebiasis: Advances in Diagnosis, Treatment, Immunology Features and the Interaction with the Intestinal Ecosystem. *International Journal of Molecular Sciences*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. [Internet]. 2023 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 24(14). DOI: [10.3390/ijms241411755](https://doi.org/10.3390/ijms241411755)

12. Rosas H, Gutiérrez C, Padilla M, Jave E, Bermúdez C. El comportamiento del ameboma en las últimas cuatro décadas. Experiencia en el Hospital General de México, OD. Mediagraphic. [Internet]. 2008 [Citado el 05 de octubre de 2024]; 30(2): 70-73. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2008/cg082b.pdf>
13. Omwansa P, Nyatsambo C, Ngwisanyi W, McGrath N, Moeng M. A case report of colonic Ameboma mimicking colon cancer in an immunocompromised patient. Int J Surg Case Rep. [Internet]. 2023 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 110. DOI: [10.1016/j.ijscr.2023.108768](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108768)
14. Shirley D, Farr L, Watanabe K, Moonah S. A review of the global burden, new diagnostics, and current Therapeutics for amebiasis. Open Forum Infect Dis. [Internet] 2018 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 5(7). DOI: [10.1093/ofid/ofy161](https://doi.org/10.1093/ofid/ofy161)
15. Shrivastav M, Malik Z, Somlata Z. Revisiting Drug Development Against the Neglected Tropical Disease, Amebiasis. Frontiers in Cellular and Infection Microbiology. [Internet]. 2021. [Citado el 11 de octubre de 2024]; 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcimb.2020.628257>
16. Chaudhari D, Renjen P, Hasan U, Goyal N, Ahmad K. Metronidazole-Induced Encephalopathy (MIE). Cureus. [Internet]. 2022 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 14(12). DOI: [10.7759/cureus.33133](https://doi.org/10.7759/cureus.33133)
17. Sierżantowicz R, Ladny J, Lewko J. Quality of Life after Bariatric Surgery - A Systematic Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI. [Internet]. 2022 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 19(15). DOI: [10.3390/ijerph19159078](https://doi.org/10.3390/ijerph19159078)

18. Li X, Hu X, Fu C, Han L, Xie M, Ouyang S. Efficacy and Safety of One Anastomosis Gastric Bypass Versus Roux-en-Y Gastric Bypass for Obesity: a Meta-analysis and Systematic Review. *Obesity Surgery*. [Internet]. 2023 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 33(2): 611-622. DOI: [10.1007/s11695-022-06401-5](https://doi.org/10.1007/s11695-022-06401-5)
19. Arribas MD, Aguilera V, Elía M, Martínez M. Complicaciones de la cirugía bariátrica. *Cirugía Española*. [Internet]. 2001 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 69(3): 248-252. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(01\)71736-8](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(01)71736-8)
20. Barros P, Martínez B, Romero J. Parasitosis intestinales. *Protoc diagn ter pediatr*. Sociedad Española de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. [Internet]. 2023 [Citado el 11 de octubre de 2024]; 1: 123–37. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_parasitosis.pdf
21. Zhao Z, Li X, Zhang N, Li J, Zhao N, Gao M, et al. Multiple Regulations of Parasitic Protozoan Viruses: A Double- Edged Sword for Protozoa. *mBio*. American Society for Microbiology. [Internet]. 2023 [Citado el 13 de octubre de 2024]; 14(1). DOI: [10.1128/mbio.02642-22](https://doi.org/10.1128/mbio.02642-22)
22. Sardinha A, Alves E, Grigg M. Intestinal immune responses to commensal and pathogenic protozoa. *Frontiers in Immunology*. [Internet]. 2022 [Citado el 13 de octubre de 2024]; 13. DOI: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2022.963723>
23. Curay K, Laborde E. Update on diagnostic techniques for Amebiasis. *Salud, Ciencia y Tecnología*. [Internet]. 2024. [Citado el 13 de octubre de 2024]; 4. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9280734>
24. Wojcik G, Marie C, Abhyankar M, Yoshida N, Watanabe K, Mentzer A, et al. Genome-wide association study reveals genetic link between diarrhea-associated

- Entamoeba histolytica infection and inflammatory bowel disease. *mBio*. [Internet]. 2018 [Citado el 13 de octubre de 2024]; 9(5). DOI: [10.1128/mBio.01668-18](https://doi.org/10.1128/mBio.01668-18)
25. Ngui R, Angal L, Fakhrurrazi S, Lian Y, Ling L, Ibrahim J, et al. Differentiating *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba dispar* and *Entamoeba moshkovskii* using nested polymerase chain reaction (PCR) in rural communities in Malaysia. *Parasit Vectors*. [Internet]. 2012 [Citado el 13 de octubre de 2024]; 5(1). DOI: [10.1186/1756-3305-5-187](https://doi.org/10.1186/1756-3305-5-187)
26. Campos L, García A, Cepero L, Castro T. ¿Amebiasis o enfermedad inflamatoria intestinal? La importancia de la epidemiología; 2022. [Citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557718/>
27. Álvarez D, González A, Betancourt B, Cortes J. Consideraciones sobre absceso hepático amebiano. *Revista de los Estudiantes de la Salud en Las Tunas*. [Internet]. 2023 [Citado el 13 de octubre de 2024]; 5(1): 1-8. Disponible en: <https://revestusalud.sld.cu/index.php/estusalud/article/view/228>.
28. Lin F, Chen B, Chou Y, Chien W, Chung C, Hsieh C, et al. The Epidemiology of *Entamoeba Histolytica* Infection and Its Associated Risk Factors among Domestic and Imported Patients in Taiwan during the 2011–2020 Period. *Medicina*. [Internet]. 2022 [Citado el 13 de octubre de 2024]; 58(6). DOI: [10.3390/medicina58060820](https://doi.org/10.3390/medicina58060820)
29. Li J, Wang Z, Karim M, Zhang L. Detection of human intestinal protozoan parasites in vegetables and fruits: a review. *Parasites and Vectors*. [Internet].

- 2020 [Citado el 20 de octubre de 2024]; 13(380). DOI: [10.1186/s13071-020-04255-3](https://doi.org/10.1186/s13071-020-04255-3)
30. Cuenca K, Sarmiento J, Blandín P, Benítez P, Pacheco E. Prevalence of intestinal parasitosis in the child population of a rural area of Ecuador. *Bol Malariol Salud Ambient.* [Internet]. 2021 [Citado el 20 de octubre de 2024]; 61(4): 596–602. Disponible en: <https://docs.bvysalud.org/biblioref/2022/09/1395573/367-1316-1-pb.pdf>
31. Trujillo M, Martínez M, Aragón O, Domínguez S, Sánchez R, Mazariego M. Intestinal parasitoses and anemia in children from a rural community in the state of Chiapas, Mexico. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología.* [Internet]. 2022 [Citado el 20 de octubre de 2024]; 42(1): 16–20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=104508>
32. Higuera A, Villamizar X, Herrera G, Giraldo J, Vasquez L, Urbano P, et al. Molecular detection and genotyping of intestinal protozoa from different biogeographical regions of Colombia. *PeerJ.* [Internet]. 2020 [Citado el 20 de octubre de 2024]; 8(3): 1-26. DOI: [10.7717/peerj.8554](https://doi.org/10.7717/peerj.8554)
33. Kann S, Bruennert D, Hansen J, Mendoza G, Gonzalez J, Quintero C, et al. High prevalence of intestinal pathogens in indigenous in colombia. *J Clin Med.* [Internet]. 2020 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 9(9): 1–15. DOI: [10.3390/jcm9092786](https://doi.org/10.3390/jcm9092786)
34. Botero J, Villegas E, Giraldo S, Urán J, Arias L, Alzate J, et al. Prevalence of intestinal parasites in a cohort of HIV-infected patients from Antioquia province,

- Colombia. *Biomedica*. [Internet]. 2021 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 41(2): 1–33. DOI: [10.7705/biomedica.5992](https://doi.org/10.7705/biomedica.5992)
35. Pazmiño F, Mora A, Mahecha B, Moreno E, Olivera M, Ospina A, et al. Prevalence of intestinal parasitism in preschool and school children in Colombia: Systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine and International Health*. [Internet]. 2022 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 27(9): 781–794. DOI: [10.1111/tmi.13800](https://doi.org/10.1111/tmi.13800)
36. Uddin M, Leslie J, Petri W. Host Protective Mechanisms to Intestinal Amebiasis. *Trends in Parasitology*. [Internet]. 2021 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 37(2): 165–175. DOI: [10.1016/j.pt.2020.09.015](https://doi.org/10.1016/j.pt.2020.09.015)
37. Nathan N, Philpott D, Girardin S. The intestinal microbiota: from health to disease, and back. *Microbes and Infection*. [Internet]. 2021 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 23(6-7). DOI: [10.1016/j.micinf.2021.104849](https://doi.org/10.1016/j.micinf.2021.104849)
38. Gamboa Y, Bamboa Y, Rodríguez Y. Microbiota intestinal y obesidad. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*. [Internet]. 2021 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 5(6). DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i6.1152
39. Chou A, Austin Richard. *Entamoeba histolytica* Infection. Florida: StatPearls; 2023. [Citado el 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557718/>
40. Kaiser R, Allgeier J, Philipp A, Mayerle J, Rothe C, Wallrauch C, et al. Development of amoebic liver abscess in early pregnancy years after initial amoebic exposure: a case report. *BMC Gastroenterol*. [Internet]. 2020 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 20(1). DOI: [10.1186/s12876-020-01567-7](https://doi.org/10.1186/s12876-020-01567-7)

41. Somocurcio J, Ayquipa T, Pineda V. Fulminant amebic colitis with fatal outcome in a patient with probable sars-cov-2 infection. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. [Internet]. 2021 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 38(3): 458–462. DOI: [10.17843/rpmesp.2021.383.8050](https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.8050)
42. Castillo G, Salazar D, Caraballo S. Colitis amebiana, semejando una enfermedad inflamatoria intestinal en paciente pediátrico. *Revista de la Sociedad Venezolana de Gastroenterología*. [Internet]. 2021 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 75(1): 39–42. Disponible en: <https://ve.scielo.org/pdf/gen/v75n1/2477-975X-gen-75-01-39.pdf>
43. Das S, Rajkumari N, Gunalan A, Rajavelu D, Olickal J. A Comparative Analysis of Microscopy, Coproantigen Serology, and Nested Multiplex PCR in the Laboratory Diagnosis of *Entamoeba histolytica* Infection. *J Lab Physicians*. [Internet]. 2022 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 14(2): 125–131. DOI: [10.1055/s-0041-1732488](https://doi.org/10.1055/s-0041-1732488)
44. Salas C, Longoria J, Saucedo M, Lamas E, David J, Barrera R. Amebiasis intestinal: Infección que prevalece. *Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud*. [Internet]. 2020 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 11(1): 1-11. Disponible en: <https://doi.org/10.48777/ibnsina.v11i1.635>
45. Castilla J, Ramírez M, Sarmiento V, Armijos S. *Ciencias de la Salud* Artículo de Revisión. [Internet]. 2022 [Citado el 24 de octubre de 2024]; 7(5): 1060–1076. Disponible en: <http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
46. Omwansa P, Nyatsambo C, Ngwisanyi W, McGrath N, Moeng M. A case report of colonic Ameboma mimicking colon cancer in an immunocompromised

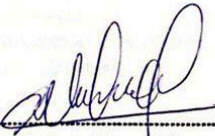
- patient. *Int J Surg Case Rep.* [Internet]. 2023 [Citado el 30 de octubre de 2024]; 110. DOI: [10.1016/j.ijscr.2023.108768](https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2023.108768)
47. García L, Sisa C, Villalba L, Amarilla R, Delgado J. Ameboma como causa de oclusión intestinal. Reporte de caso. *Cir parag.* [Internet]. 2020 [Citado el 30 de octubre de 2024]; 45(3): 31-32. DOI: [10.18004/sopaci.2020.diciembre.31](https://doi.org/10.18004/sopaci.2020.diciembre.31)
48. Mireles H. Ameboma. *Cirujano General* [Internet]. 2009 [Citado el 30 de octubre de 2024]; 31(4): 258–260. Disponible en: www.medigraphic.com
49. Villegas P, Martínez M, Guevara L, Quintero K, Sánchez M, Arriaga J. Ameboma: Posibles decisiones terapéuticas en región endémica de amibiasis. *Gastroenterol Hepatol.* [Internet]. 2015 [Citado el 30 de octubre de 2024]; 38(1): 7–11. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-131960>
50. Pérez J, Díaz M, Pérez A, Ferrere F, Monje B, Norman F, et al. Tratamiento de las enfermedades causadas por parásitos. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* [Internet]. 2010 [Citado el 30 de octubre de 2024]; 28(1): 44–59. DOI: [10.1016/j.eimc.2009.11.003](https://doi.org/10.1016/j.eimc.2009.11.003)
51. Muñoz V, Alencastro C, Zhindón M, Ordoñez D. Tratamiento de disentería amebiana. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento* [Internet]. 2019 [Citado el 30 de octubre de 2024]; 3(3): 38–51. Disponible en: <http://recimundo.com/index.php/es/article/view/602>

ANEXOS

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

Andrea Celeste Troya Pérez portador(a) de la cédula de ciudadanía N° 1005189731. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del Proyecto de Titulación "Ameboma en anastomosis de *bypass* gástrico: Reporte de Caso" de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 22 de abril de 2026

F: 
Andrea Celeste Troya Pérez
C.I. 100518931

www.ucacue.edu.ec

Cuenca: Av. de las Américas y Toribio. Telf: 27063051, 27063052, 27063053. Sede de la Universidad Católica de Cuenca: Campus Universitario "Luis Cordero El Grande", (Frente al Terminal Terrestre).
Telf: 2706317, 2706318, 2706319, 2706320, 2706321, 2706322, 2706323, 2706324, 2706325, 2706326, 2706327, 2706328, 2706329, 2706330, 2706331, 2706332, 2706333, 2706334, 2706335, 2706336, 2706337, 2706338, 2706339, 2706340, 2706341, 2706342, 2706343, 2706344, 2706345, 2706346, 2706347, 2706348, 2706349, 2706350, 2706351, 2706352, 2706353, 2706354, 2706355, 2706356, 2706357, 2706358, 2706359, 2706360, 2706361, 2706362, 2706363, 2706364, 2706365, 2706366, 2706367, 2706368, 2706369, 2706370, 2706371, 2706372, 2706373, 2706374, 2706375, 2706376, 2706377, 2706378, 2706379, 2706380, 2706381, 2706382, 2706383, 2706384, 2706385, 2706386, 2706387, 2706388, 2706389, 2706390, 2706391, 2706392, 2706393, 2706394, 2706395, 2706396, 2706397, 2706398, 2706399, 2706400.
Cañari: Calle Antonio Ávila Clavijo. Telf: 072235268, 072235870. San Pablo de la Troncal: Cda. Universitaria km.72 Quinceava Este y Primera Sur. Telf: 2424110. Macas: Av. Cap. José Villanueva s/n. Telf: 2706383, 2706382.