

BMJ Best Practice

Amebíase

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	6
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Rastreamento	7
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	10
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	11
Diagnóstico diferencial	13
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	16
Acompanhamento	18
Recomendações	18
Complicações	18
Prognóstico	19
Diretrizes	20
Diretrizes de diagnóstico	20
Diretrizes de tratamento	20
Referências	21
Imagens	24
Aviso legal	27

Resumo

- ◇ A amebíase é uma causa comum de diarreia em lactentes em países de baixa renda. A amebíase também causa colite, que pode se manifestar com diarreia e/ou disenteria que, por sua vez, pode ser aguda ou durar mais de 1 semana. O desconforto abdominal e a perda de peso são comuns em presença de colite amebiana.
- ◇ O abscesso hepático amebiano manifesta-se com dor no quadrante superior direito. Pode não ocorrer diarreia, mas geralmente há história pregressa de diarreia.
- ◇ Causa rara de abscesso cerebral.
- ◇ A maioria dos pacientes viajou ou residiu em área endêmica nos 12 meses anteriores à apresentação dos sintomas.
- ◇ O diagnóstico é confirmado pela detecção de antígenos ou DNA de *Entamoeba histolytica* nas fezes ou de anticorpos contra o parasita no soro.
- ◇ O tratamento inclui nitroimidazóis (incluindo metronidazol ou tinidazol) seguidos por agentes luminais, como paromomicina ou furoato de diloxanida para prevenir recidivas.

Definição

A amebíase é causada pelo parasita *Entamoeba histolytica*. Causa diarreia e colite. A disseminação da infecção intestinal pode resultar em abscesso hepático (via disseminação hematogênica). A extensão do abscesso hepático pode ocasionar derrame pleural e pericárdico. Raramente, pode ocorrer abscesso cerebral.[1] [2] [3] [4] [5] [6]

Epidemiologia

A incidência de amebíase é mais alta nos países em desenvolvimento em comparação com os países industrializados, embora seja difícil encontrar dados confiáveis referentes à prevalência. A maioria das infecções amebianas ocorre nas Américas Central e do Sul, na África e na Ásia.[2] As estimativas da prevalência da infecção por *Entamoeba* variam de 1% a 40% nas Américas Central e do Sul, na África e na Ásia, e de 0.2% a 10.8% em áreas endêmicas de países desenvolvidos como os EUA.[8] [9] [10] [11] A infecção por *Entamoeba histolytica* nos EUA é observada com mais frequência em imigrantes e viajantes de áreas endêmicas, sendo cerca de 3000 casos registrados anualmente.[4] Na maioria deles, a doença se manifesta dentro do primeiro ano de retorno ou chegada ao país.

A infecção intestinal por *E. histolytica* afeta igualmente todas as idades e ambos os sexos. Entretanto, 90% dos abscessos hepáticos amebianos ocorrem em homens com idade entre 20 e 40 anos.[1] [2] [3] [4] [5] Ela também é observada em homens que fazem sexo com homens (embora a ameba não patogênica *E. dispar* seja mais comum neste cenário que a *E. histolytica*).[1] [2] [12]

Ocorreram surtos em instituições, particularmente naquelas para pessoas com retardo mental.[1] [2] Homens que fazem sexo com homens, contaminação fecal-oral, baixa escolaridade e idade avançada foram associados a aumento do risco de amebíase entre pessoas que buscaram orientação voluntária e teste para infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) em Taiwan.[13]

Globalmente, a *E. histolytica* é responsável por 2% a 4% dos casos de diarreia em hospitais ou clínicas.[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]

Etiologia

A amebíase é transmitida pela ingestão do cisto da *Entamoeba histolytica*, o qual é encontrado em água ou alimentos contaminados por fezes. A transmissão também pode ocorrer indiretamente por meio do ato sexual ou do contato com objetos contaminados por fezes. Os cistos são ambientalmente estáveis, resistentes ao cloro e ao dessecação.

[Fig-1]

Fisiopatologia

O ciclo de vida da *E. histolytica* começa com a ingestão de água ou alimentos contaminados por fezes. A forma infectante do cisto do parasita sobrevive à passagem através do estômago e do intestino delgado. Ela se excista no lúmen intestinal, formando trofozoítos móveis e potencialmente invasores.

Na maioria das infecções, os trofozoítos se agregam à camada da mucosa intestinal e formam novos cistos, resultando em uma infecção autolimitada e assintomática. Entretanto, em alguns casos, a aderência da

galactose/N-acetil-galactosamina (Gal/GalNAc) mediada por lecitina ao epitélio colônico e sua lise podem desencadear a invasão no cólon por trofozoítos.

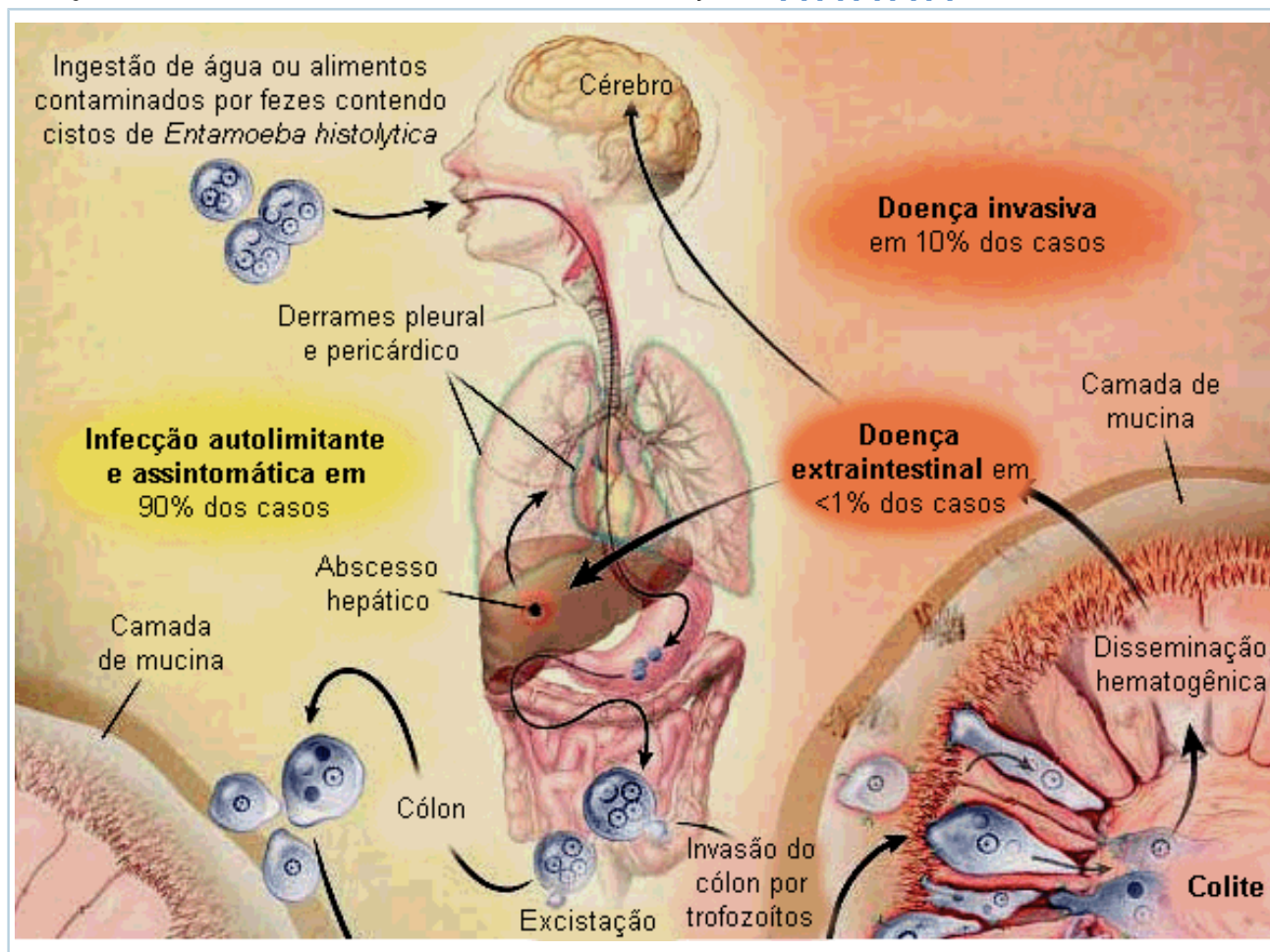
Os neutrófilos respondem à invasão e contribuem para o dano celular local. Quando o epitélio intestinal é invadido, pode haver disseminação extraintestinal para o peritônio, fígado e outros locais.

Os fatores que controlam a invasão versus o encistamento incluem o "quorum sensing" de parasitas, sinalizado pelas interações Gal/GalNAc mediadas por lecitina das amebas com a flora bacteriana do intestino, e as respostas imunes inatas do hospedeiro e adquiridas.

Os trofozoítos estão sempre presentes no intestino dos pacientes com diarreia amebiana e disenteria (diarreia com sangue ou muco), e o diagnóstico deve se concentrar na identificação do parasita nas fezes por meio da detecção de antígenos ou pela resposta de anticorpos no soro contra o parasita invasor.[1] [2]

A invasão dos trofozoítos através do epitélio intestinal ocasiona diarreia amebiana e colite. A invasão envolve um processo singular de mordedura do revestimento intestinal pelo parasita, denominado trogocitose amebiana.[14]

A disseminação hematogênica através do sistema venoso portal resulta em abscesso hepático amebiano e infecção em outros locais, como o cérebro, embora isso seja raro.[1] [2] [3] [4] [5]



Ciclo de vida da *Entamoeba histolytica*

Reproduzido de New England Journal of Medicine (2003); usado com permissão

[Fig-3]

[Fig-4]

[Fig-5]

[Fig-6]

Classificação

Classificação taxonômica[\[6\]](#)

Infecciosa:

- Entamoeba histolytica

Comensal:

- Entamoeba dispar
- Entamoeba moshkovskii
- Entamoeba bangladeshi
- Escherichia coli
- Entamoeba hartmanni
- Entamoeba polecki
- Entamoeba gingivalis

Manifestações clínicas[\[2\]](#)

1. Colonização assintomática

- Presença de E histolytica nas fezes na ausência de colite ou manifestações extraintestinais

2. Amebíase intestinal

3. Amebíase extraintestinal

- Abscesso hepático amebiano
- Abscesso esplênico
- Empiema
- Pericardite
- Abscesso cerebral

Prevenção primária

A prevenção primária consiste na adoção de medidas de precaução contra a ingestão de água e alimentos contaminados por fezes, em particular em áreas endêmicas, como não beber água da torneira nem consumir alimentos que possam ter sido lavados com água contaminada.[1]

Rastreamento

Os familiares que moram na mesma residência que um caso índice devem ser examinados.[2]

Prevenção secundária

Há evidências da transmissão domiciliar da amebíase e, portanto, é prudente que todo contactante domiciliar do paciente seja triado para amebíase por meio de testes de detecção de antígenos nas fezes e anticorpos séricos.[1] [5]

Para reduzir o risco de disseminação da infecção, os pacientes devem ser orientados a lavar as mãos regularmente e a não compartilharem toalhas em casa.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 23 anos de idade queixa-se de diarreia com duração de várias semanas. Ela apresentou perda de peso, ausência de febre e não notou sangue nas fezes. A diarreia teve início enquanto estava em viagem pelo México.

Caso clínico #2

Um homem de 39 anos de idade chega ao pronto-socorro com dor no ombro direito, a qual persistia por 2 meses. Ele relatou que a dor irradiava-se para as costas. Ele apresentava sudorese noturna e calafrios, e havia perdido entre 10 e 15 libras de peso. Também apresentava dor abdominal há 3 dias e tosse não produtiva. Ele é natural do Irã e recentemente emigrou para os EUA. O exame físico identificou hepatomegalia e murmúrios vesiculares reduzidos nos dois terços inferiores do pulmão direito. O exame neurológico é normal.

Outras apresentações

A amebíase é assintomática em 80% dos casos. A diarreia é o sintoma mais comum causado pela *Entamoeba histolytica*, embora a doença intestinal possa apresentar disenteria (diarreia com sangue ou muco) em vez de somente diarreia. Também é possível detectar um ameboma, que é uma massa de tecido de granulação no cólon cuja aparência pode ser similar a um carcinoma de cólon. Manifestações extraintestinais menos comuns são peritonite secundária à perfuração do intestino, bem como derrame pleural ou pericárdico decorrente de um abscesso hepático e de um abscesso cerebral (quase todos os pacientes com abscesso cerebral ocasionado por *E. histolytica* também apresentam um abscesso hepático).^{[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7]}

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os exames diagnósticos devem ser realizados antes do início da terapia para pessoas com suspeita de amebíase. O diagnóstico é confirmado pela detecção de antígenos da *Entamoeba histolytica* em amostras fecais, pela sorologia positiva ou por reação em cadeia da polimerase. Considerando-se que nenhum exame apresenta 100% de sensibilidade, é prudente usar uma combinação da sorologia com reação em cadeia da polimerase ou com a detecção de antígeno nas fezes para efetuar o diagnóstico.

Avaliação clínica

A amebíase deve ser considerada em qualquer indivíduo que apresente diarreia ou abscesso hepático e que tenha viajado ou vivido em uma área endêmica nos 12 meses anteriores. Outras populações em risco de infecção são indivíduos internados em instituições e homens que fazem sexo com homens.

A apresentação é subaguda em muitos casos. Os principais sintomas de infecção são diarreia com duração de vários dias e dor abdominal. Os principais sintomas de infecção são diarreia com duração de vários dias e dor abdominal. Em geral, a diarreia causada pela *Entamoeba histolytica* não apresenta sangue ou muco e, portanto, não difere da diarreia causada por vários outros enteropatógenos.

Os pacientes podem relatar sangue nas fezes. A perda de peso é relatada em cerca de 50% dos pacientes.[1] Dor abdominal no quadrante superior direito em homens com idade entre 20 e 40 anos, com ou sem diarreia coincidente, pode indicar abscesso hepático amebiano.[1] [2] [3] [4] [5] Os pacientes podem relatar estado mental alterado se houver abscesso cerebral.

Exame físico

A ocorrência de febre é rara na infecção intestinal, mas comum na infecção hepática. Em caso de infecção hepática, pode haver icterícia, sensibilidade do quadrante superior direito e hepatomegalia. Os abscessos hepáticos podem se estender para as cavidades pleurais ou pericárdicas (o que é raro), resultando em sinais de derrame pleural ou pericárdico. Os abscessos esplênicos são uma manifestação rara da amebíase. Anormalidades neurológicas, como fraqueza dos membros, podem estar presentes em pacientes com abscesso cerebral.

Avaliação laboratorial

Caso haja suspeita clínica de amebíase, o exame definitivo é o teste de detecção de antígeno II E histolytica da TechLab em um espécime de fezes. Esse é o único teste específico para E histolytica; todos os outros kits de detecção identificam o complexo de espécies E histolytica-E dispar-E moshkovskii.[15]

Se o teste de detecção de antígeno não estiver disponível, os exames de reação em cadeia da polimerase das fezes e de reação em cadeia da polimerase quantitativa em tempo real são alternativos e também são altamente sensíveis e específicos para a detecção da E histolytica.[16] A reação em cadeia da polimerase quantitativa (qPCR) em tempo real é mais sensível que a reação em cadeia da polimerase tradicional para amostras fecais.[16] A reação em cadeia da polimerase de amostra fecal múltipla está disponível por meio de painéis gastrointestinais aprovados pela FDA.[17] [18] Os resultados do ensaio de reação em cadeia da polimerase em tempo real de espécimes de urina e saliva são, respectivamente, 97% e 89% sensíveis para a detecção do DNA da E histolytica em abscessos hepáticos e na infecção intestinal.[19]

Em pacientes com suspeita de doença amebiana, especialmente possíveis abscessos amebianos sem a coexistência de diarreia, deve-se realizar o exame de anticorpos no soro para E histolytica.[15]

Os abscessos hepáticos devem ser aspirados para determinação da etiologia. O pus deve ser analisado por reação em cadeia da polimerase ou reação em cadeia da polimerase quantitativa para identificar se a causa da infecção é amebiana e deve ser realizada a cultura para determinar se ela é piogênica.[1] [2]

A microscopia é inespecífica para o diagnóstico de amebíase, já que os cistos e os trofozoítos da E histolytica são indistinguíveis dos cistos e trofozoítos da E dispar e da E moshkovskii. Entretanto, a microscopia das fezes para ovos, cistos e parasitas é facilmente obtida e pode demonstrar outras causas infecciosas. A presença de trofozoítos eritrofagocíticos é altamente sugestiva de infecção por E histolytica.

Colonoscopia

Pode ser útil se a suspeita clínica for alta e os exames de detecção de antígeno forem negativos.[2] A colonoscopia pode permitir a visualização em tempo real das amebas nas áreas de colite.[20]

Exames por imagem

Se houver suspeita de envolvimento do fígado, uma ultrassonografia hepática deverá ser inicialmente realizada. A radiografia torácica e a tomografia computadorizada (TC) torácica/abdominal são indicadas se os achados clínicos sugerirem derrame decorrente da extensão do abscesso.

Pacientes com sintomas neurológicos devem realizar TC ou ressonância nuclear magnética (RNM) do cérebro.^{[1] [5]}

Fatores de risco

Fortes

exposição em áreas endêmicas

- A maioria dos pacientes com amebíase nos EUA visitou ou residiu em uma área endêmica nos 12 meses anteriores.^{[1] [2] [3] [4] [5]}

internação em instituições de pessoas com retardo mental

- Foram relatados surtos em instituições para pessoas com retardo mental.^{[1] [2] [3] [4] [5]}

homens que fazem sexo com homens

- A ameba comensal *Entamoeba dispar* é responsável pela maioria das infecções, mas infecções por *Entamoeba histolytica* também ocorrem nesta população.^{[1] [2] [3] [4] [5] [12]}
- Sexo oral e anal são fatores de risco.^{[1] [2] [3] [12]}

sexo masculino

- Noventa por cento dos abscessos hepáticos amebianos são encontrados em homens com idade entre 20 e 40 anos.^{[1] [2] [3] [4] [5]}

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem exposição em áreas endêmicas, internação em instituições, sexo masculino e homens que fazem sexo com homens.

diarreia (comum)

- Os pacientes podem apresentar diarreia há 1 semana ou mais no momento da apresentação.^{[1] [15]} Em geral, a diarreia causada pela *Entamoeba histolytica* não apresenta sangue ou muco e, portanto, não difere da diarreia causada por vários outros enteropatógenos.
- Menos de 50% dos pacientes com abscesso hepático apresentarão diarreia no momento da apresentação, embora uma história precedente de diarreia ou disenteria seja comum.

Outros fatores de diagnóstico

dor abdominal generalizada (comum)

- Presente em alguns pacientes com amebíase.

dor abdominal no quadrante superior direito (comum)

- Pode indicar um abscesso hepático amebiano.[1] [5]

perda de peso (comum)

- Cerca de metade dos pacientes podem relatar perda de peso devido à natureza subaguda da doença.[1]

tosse (comum)

- Comum em pacientes com abscesso hepático. Causada por irritação do nervo frênico e/ou derrame pleural.[1]

febre (incomum)

- Rara em infecções intestinais, mas comum em infecções extraintestinais, como abscessos hepáticos e cerebrais.[1]

estado mental alterado ou fraqueza dos membros (incomum)

- Presente com abscesso cerebral amebiano.[1] [3] [5]

dispneia (incomum)

- Extensão do abscesso hepático que causa derrame pleural ou pericárdico.

defesa e dor à descompressão brusca do abdome (incomum)

- Presente com colite necrosante aguda, megacólon tóxico ou peritonite decorrente de amebíase.[1]

icterícia (incomum)

- Mais comum em abscesso piogênico que abscesso hepático amebiano.[1] [5]

murmúrio vesicular diminuído à direita e alteração na percussão (incomum)

- Se houver derrame pleural.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
detecção do antígeno nas fezes <ul style="list-style-type: none"> • Solicitado antes do início da terapia em pacientes com suspeita de amebíase. • Apenas os testes CellLab ou TechLab II para Entamoeba histolytica identificam de modo específico a E histolytica; outros testes de detecção de antígeno detectam o complexo de espécies E histolytica-E dispar-E moshkovskii.[15] 	positivo para o antígeno do parasita

Exame	Resultado
reação em cadeia da polimerase (PCR) ou PCR quantitativa (qPCR) das fezes ou pus do abscesso hepático para ácido desoxirribonucleico (DNA) de E histolytica <ul style="list-style-type: none"> Se o teste de detecção de antígeno não estiver disponível, os exames de reação em cadeia da polimerase das fezes e de reação em cadeia da polimerase quantitativa em tempo real são alternativos e também são altamente sensíveis e específicos para a detecção da E histolytica.[16] A reação em cadeia da polimerase quantitativa (qPCR) em tempo real é mais sensível que a reação em cadeia da polimerase tradicional para amostras fecais.[16] A reação em cadeia da polimerase de amostra fecal múltipla está disponível por meio de painéis gastrointestinais aprovados pela FDA.[17] [18] A reação em cadeia da polimerase ou a reação em cadeia da polimerase quantitativa (qPCR) no pus do abscesso hepático é definitiva para o diagnóstico de abscesso hepático amebiano. Os resultados do ensaio de reação em cadeia da polimerase em tempo real de espécimes de urina e saliva são, respectivamente, 97% e 89% sensíveis para a detecção do DNA da E histolytica em abscessos hepáticos e na infecção intestinal.[19] 	amplificação do DNA amebiano
teste de anticorpo sérico <ul style="list-style-type: none"> Deve ser solicitado antes do início da terapia em pacientes com suspeita de amebíase.[15] Menos sensível no momento da apresentação (60% a 70%) que na convalescença. Os pacientes permanecem positivos por anos após a infecção.[15] 	positivo para anticorpos antiamebianos

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
microscopia das fezes <ul style="list-style-type: none"> Não tão sensível ou específica quanto outros exames, mas ainda usada clinicamente para confirmar infecção intestinal amebiana.[1] [2] [3] [4] [5] 	identificação da Entamoeba nas fezes
colonoscopia <ul style="list-style-type: none"> Os espécimes para a biópsia devem ser coletados da borda da úlcera. A histologia pode mostrar trofozoítos.[2] A colonoscopia pode permitir a visualização em tempo real das amebas nas áreas de colite.[20] [Fig-4] 	mucosa granular, friável e difusamente ulcerada
ultrassonografia do fígado <ul style="list-style-type: none"> Útil somente em um paciente com infecção amebiana hepática, e não com infecção amebiana intestinal.[1] Impossível distinguir de um abscesso piogênico.[2] 	lesão homogênea hipoecoica redonda ou oval
radiografia torácica <ul style="list-style-type: none"> Realizada se há achados clínicos sugestivos de derrame e presença de abscesso hepático. [Fig-5] 	elevação da cúpula diafragmática direita ou derrame pleural à direita

Exame	Resultado
tomografia computadorizada (TC) do fígado/tórax/crânio <ul style="list-style-type: none"> Impossível distinguir de um abscesso piogênico.[2] [Fig-6] 	lesão redonda, bem definida e de baixa atenuação; a parede costuma intensificar-se com o contraste; derrame pleural
ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica <ul style="list-style-type: none"> Necessária se houver sintomas neurológicos. 	lesão (ou lesões) com efeito de massa

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Diarreia infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico diferencial é amplo, já que várias bactérias, parasitas e vírus provocam diarreia.[21] 	<ul style="list-style-type: none"> Presença de agente infeccioso nas fezes ou em testes sorológicos.
Colite ulcerativa	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de história de viagem para áreas endêmicas. Diarreia hemorrágica. 	<ul style="list-style-type: none"> Exame de fezes e teste de antígenos negativos para os agentes infecciosos. Aparência típica na colonoscopia e na biópsia.
Abscesso hepático piogênico	<ul style="list-style-type: none"> Ocorre predominantemente em mulheres. A icterícia é mais comum no abscesso hepático piogênico que no abscesso hepático amebiano. Associado à doença hepatobiliar. 	<ul style="list-style-type: none"> Organismo infectante identificado na hemocultura ou na cultura de pus.
Hepatoma necrótico	<ul style="list-style-type: none"> Ausência de história de diarreia ou de viagem a áreas endêmicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Aspirado de hepatoma negativo para a causa infecciosa.
Fasciolíase (parasitas hepáticos)	<ul style="list-style-type: none"> Não há características físicas para diferenciação. 	<ul style="list-style-type: none"> O principal teste diagnóstico é positivo para anticorpos séricos para a fasciolíase. Eosinofilia.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Cisto hepático equinocócico	<ul style="list-style-type: none">• Pode não haver características clínicas de cisto hepático equinocócico (o que, às vezes, é um achado incidental em um paciente que não apresenta queixas de abdome). Ele pode se apresentar com anafilaxia causada por derramamento de conteúdo de cistos no peritônio.	<ul style="list-style-type: none">• Teste positivo para anticorpos séricos para equinococos.• A aspiração do cisto deve ser evitada em virtude da possibilidade de anafilaxia.

Abordagem passo a passo do tratamento

Todas as infecções por *Entamoeba histolytica* devem ser tratadas.[1] [5] O tratamento é administrado logo que o diagnóstico é considerado e após a coleta dos espécimes para o teste, uma vez que a amebíase é uma doença potencialmente fatal.

Os pacientes sintomáticos devem receber, inicialmente, um nitroimidazol (metronidazol ou tinidazol). Os nitroimidazóis apresentam excelente penetração nos tecidos e são ativos tanto na infecção intestinal (luminal) quanto na extraintestinal (invasiva). Não se conhecem resistências para esta classe de medicamento antiamebiano. Isso deve ser seguido pela administração de um agente com ação no lúmen intestinal (como paromomicina ou diloxanida) para erradicar a colonização intestinal e prevenir recidivas.[1] [5] [22] [23] [23] Apesar de variarem, os efeitos adversos da maioria desses medicamentos costumam ser leves, ao passo que a infecção é potencialmente fatal.

Os pacientes assintomáticos também precisam de tratamento em virtude do risco de desenvolverem a doença invasiva no futuro.[1] [5] Eles devem ser tratados somente com um agente com ação no lúmen intestinal.[24]

Abscesso amebiano

A aspiração percutânea pode ser necessária em pacientes que não respondem ao tratamento com nitroimidazol em 5 a 7 dias ou que apresentam lesões grandes (>5 cm de diâmetro) ou no lobo esquerdo.[1] [2] [5] [25] [26]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo		(resumo)
amebíase sintomática		
<div> <div></div> <div> <div></div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div>	1a	nitroimidazol
	mais	agente com ação no lúmen intestinal
	adjunto	aspiração
amebíase assintomática		
	1a	agentes com ação no lúmen intestinal

Opções de tratamento

Agudo

amebíase sintomática

1a nitroimidazol

Opções primárias

» **metronidazol**: crianças: 35-50 mg/kg/dia por via oral administrados em 3 doses fracionadas por 7-10 dias; adultos: 500-750 mg por via oral três vezes ao dia por 7-10 dias

OU

» **tinidazol**: crianças: 50 mg/kg/dia por via oral uma vez ao dia por 3 dias (ou 5 dias se houver abscesso hepático), máximo de 2000 mg/dia; adultos: 2000 mg por via oral uma vez ao dia por 3 dias (ou 5 dias se houver abscesso hepático)

» O tratamento é administrado logo que o diagnóstico é considerado e após a coleta dos espécimes para o teste, uma vez que a amebíase é uma doença potencialmente fatal.[1] [5]

» Os nitroimidazóis apresentam excelente penetração nos tecidos e são ativos tanto na infecção intestinal (luminal) quanto na extraintestinal (invasiva).

» O tratamento com nitroimidazol é seguido por um agente com ação no lúmen intestinal para eliminar a colonização intestinal.[22] [23]

» Apesar de variarem, os efeitos adversos da maioria desses medicamentos costumam ser leves, ao passo que a infecção é potencialmente fatal.

mais agente com ação no lúmen intestinal

Opções primárias

» **paromomicina**: crianças e adultos: 25-35 mg/kg/dia por via oral administrados em 3 doses fracionadas por 5-10 dias

OU

» **furoato de diloxanida**: crianças: 20 mg/kg/dia por via oral administrados em 3 doses fracionadas por 10 dias; adultos: 500 mg por via oral três vezes ao dia por 10 dias

Agudo

- **abscessos que não respondem ao nitroimidazol após 5-7 dias, lesões grandes (>5 cm de diâmetro) ou no lobo esquerdo**

adjunto

» Os agentes com ação no lúmen intestinal são usados após a finalização da terapia aguda, juntamente com nitroimidazol, para erradicar a infecção no intestino e, portanto, reduzir o risco de recidiva da infecção.[23]

aspiração

» A aspiração de um abscesso amebiano pode ser necessária em pacientes que não respondem ao tratamento com nitroimidazol em 5 a 7 dias ou naqueles com risco de ruptura.[1] [2] [5] [25] [26]

amebíase assintomática

1a

agentes com ação no lúmen intestinal

Opções primárias

» **paromomicina**: crianças e adultos: 25-35 mg/kg/dia por via oral administrados em 3 doses fracionadas por 5-10 dias

OU

» **furoato de diloxanida**: crianças: 20 mg/kg/dia por via oral administrados em 3 doses fracionadas por 10 dias; adultos: 500 mg por via oral três vezes ao dia por 10 dias

» Os pacientes assintomáticos precisam de tratamento por causa do risco de desenvolver doença invasora no futuro.[1] [5] Eles devem ser tratados somente com um agente com ação no lúmen intestinal.[24]

Recomendações

Monitoramento

A realização de acompanhamento com teste de detecção de antígenos nas fezes após a finalização do tratamento com nitroimidazol e terapia com ação no lúmen intestinal para confirmar a erradicação da colonização é uma medida razoável, porém não é uma recomendação unânime.

Não há necessidade de acompanhamento com exames de imagem para um abscesso hepático após a finalização da terapia.

Instruções ao paciente

Os pacientes tratados para amebíase devem ser alertados sobre os efeitos colaterais dos medicamentos administrados, sobre a necessidade de aderir ao acompanhamento de um agente com ação no lúmen intestinal para erradicar a colonização (e assim prevenir recidivas) e sobre os sinais e sintomas das complicações da amebíase.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
megacólon tóxico	curto prazo	baixa
<p>Ocorre em menos de 1% dos pacientes.</p> <p>A ocorrência pode aumentar com o uso de corticosteroide.</p> <p>Exige cirurgia, uma vez que a resposta ao medicamento antiamebiano é improvável.^{[1] [5]}</p>		
colite necrosante aguda	curto prazo	baixa
<p>Ocorre em menos de 1% dos pacientes.</p> <p>A ocorrência pode aumentar com o uso de corticosteroide.</p> <p>Exige cirurgia, uma vez que a resposta ao medicamento antiamebiano é improvável.^{[1] [5]}</p>		
perfuração do cólon com peritonite	curto prazo	baixa
<p>Ocorre em menos de 1% dos pacientes.</p> <p>A ocorrência pode aumentar com o uso de corticosteroide.</p> <p>Exige cirurgia, uma vez que a resposta ao medicamento antiamebiano é improvável.^{[1] [5]}</p>		
ameboma	variável	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Tecido de granulação anular no ceco ou cólon ascendente, que se estende da parede até o lúmen. Pode ser confundido com carcinoma colônico.</p> <p>Responde à terapia medicamentosa.[1]</p>		

Prognóstico

Colite amebiana

A taxa de mortalidade é inferior a 2%.

As complicações incluem megacólon tóxico, perfuração colônica com peritonite resultante e ameboma (tecido de granulação no lúmen intestinal).[1] [2] [5]

Abscesso hepático

A taxa de mortalidade é inferior a 2%.

As complicações incluem extensão do abscesso para o peritônio, para a cavidade pleural ou para o pericárdio, além de disseminação para o cérebro, pulmão e pele.[1] [2] [3] [5]

Abscesso cerebral

Complicação rara; pouco se sabe sobre o prognóstico.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Interim public health operational guidelines for amoebiasis (*Entamoeba histolytica*)

Publicado por: Public Health England

Última publicação em:
2017

Diretrizes de tratamento

Europa

Interim public health operational guidelines for amoebiasis (*Entamoeba histolytica*)

Publicado por: Public Health England

Última publicação em:
2017

Artigos principais

- Haque R, Huston CD, Hughes M, et al. Amebiasis. *New Engl J Med*. 2003;348:1565-1573.
- Stanley SL Jr. Amoebiasis. *Lancet*. 2003;361:1025-1034.
- Chacin-Bonilla L, Bonilla E, Parra AM, et al. Prevalence of *Entamoeba histolytica* and other intestinal parasites in a community from Maracaibo, Venezuela. *Ann Trop Med Parasitol*. 1992;86:373-380.
- Haque R, Mollah NU, Ali IKM, et al. Diagnosis of amebic liver abscess and intestinal infection with the TechLab *Entamoeba histolytica* II antigen detection and antibody tests. *J Clin Microbiol*. 2000;38:3235-3239. [Texto completo](#)
- Drugs for parasitic infections. *Medical Letter*. 2004;46:e1-12.
- Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG. Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD006085. [Texto completo](#)
- Chavez-Tapia NC, Hernandez-Calleros J, Tellez-Avila FI, et al. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD004886.

Referências

1. Haque R, Huston CD, Hughes M, et al. Amebiasis. *New Engl J Med*. 2003;348:1565-1573.
2. Petri WA Jr, Singh U. Diagnosis and management of amebiasis. *Clin Infect Dis*. 1999;29:1117-1125.
3. Solaymani-Mohammadi S, Lam M, Zunt JR. *Entamoeba histolytica* encephalitis diagnosed by polymerase chain reaction of cerebrospinal fluid. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2007;101:311-313.
4. Snider C, Petri WA Jr. Travel Medicine. In: Rakel RE, ed. *Conn's current therapy* 2008. 61st ed. New York, NY: W.B. Saunders; 2007.
5. Stanley SL Jr. Amoebiasis. *Lancet*. 2003;361:1025-1034.
6. Diamond LS, Clark CG. A redescription of *Entamoeba histolytica* Schaudinn, 1903 (amended Walker, 1911) separating it from *Entamoeba dispar* Brumpt, 1925. *J Eukaryot Microbiol*. 1993;40:340-344.
7. Ali IKM, Hossain MB, Roy S, et al. *Entamoeba moshkovskii* infections in children in Bangladesh. *Emerg Infect Dis*. 2003;9:580-584. [Texto completo](#)
8. Rivera WI, Tachibana H, Kanbara H. Field study on the distribution of *Entamoeba histolytica* and *Entamoeba dispar* in the northern Philippines as detected by the polymerase chain reaction. *Am J Trop Med Hyg*. 1998;59:916-921. [Texto completo](#)

9. Haque R, Faruque AS, Hahn P, et al. Entamoeba histolytica and Entamoeba dispar infection in children in Bangladesh. J Infect Dis. 1997;175:734-736.
10. Chacin-Bonilla L, Bonilla E, Parra AM, et al. Prevalence of Entamoeba histolytica and other intestinal parasites in a community from Maracaibo, Venezuela. Ann Trop Med Parasitol. 1992;86:373-380.
11. Braga LL, Mendonca Y, Paiva CA, et al. Seropositivity for and intestinal colonization with Entamoeba histolytica and Entamoeba dispar in individuals in northeastern Brazil. J Clin Microbiol. 1998;36:3044-3045. [Texto completo](#)
12. Watanabe K, Gatanaga H, Escueta-de Cadiz A, et al. Amebiasis in HIV-1-infected Japanese men: clinical features and response to therapy. PLoS Negl Trop Dis. 2011;5:e1318.
13. Hung CC, Wu PY, Chang SY, et al. Amebiasis among persons who sought voluntary counseling and testing for human immunodeficiency virus infection: a case-control study. Am J Trop Med Hyg. 2011;84:65-69.
14. Ralston KS, Solga MD, Mackey-Lawrence NM, et al. Trophocytosis by Entamoeba histolytica contributes to cell killing and tissue invasion. Nature. 2014;508:526-530. [Texto completo](#)
15. Haque R, Mollah NU, Ali IKM, et al. Diagnosis of amebic liver abscess and intestinal infection with the TechLab Entamoeba histolytica II antigen detection and antibody tests. J Clin Microbiol. 2000;38:3235-3239. [Texto completo](#)
16. Roy S, Kabir M, Mondal D, et al. Real-time PCR assay for the diagnosis of Entamoeba histolytica Infection. J Clin Microbiol. 2005;43:2168-2172.
17. Buss SN, Leber A, Chapin K, et al. Multicenter evaluation of the BioFire FilmArray gastrointestinal panel for etiologic diagnosis of infectious gastroenteritis. J Clin Microbiol. 2015 Mar;53(3):915-25. [Texto completo](#)
18. Binnicker MJ. Multiplex molecular panels for diagnosis of gastrointestinal infection: performance, result interpretation, and cost-effectiveness. J Clin Microbiol. 2015 Dec;53(12):3723-8. [Texto completo](#)
19. Haque R, Kabir M, Noor Z, et al. Diagnosis of amebic liver abscess and amebic colitis by detection of Entamoeba histolytica DNA in blood, urine, and saliva by a real-time PCR assay. J Clin Microbiol. 2010;48:2798-2801. [Texto completo](#)
20. Hosoe N, Kobayashi T, Kanai T, et al. In vivo visualization of trophozoites in patients with amoebic colitis by using a newly developed endocytoscope. Gastrointest Endosc. 2010;72:643-646.
21. Pfeiffer ML, DuPont HL, Ochoa TJ. The patient presenting with acute dysentery - a systematic review. J Infect. 2012;64:374-386.
22. Drugs for parasitic infections. Medical Letter. 2004;46:e1-12.
23. Gonzales ML, Dans LF, Martinez EG. Antiamoebic drugs for treating amoebic colitis. Cochrane Database Syst Rev. 2009;(2):CD006085. [Texto completo](#)

24. Blessmann J, Tannich E. Treatment of asymptomatic intestinal *Entamoeba histolytica* infection. *N Engl J Med*. 2002;347:1384.
25. Chavez-Tapia NC, Hernandez-Calleros J, Tellez-Avila FI, et al. Image-guided percutaneous procedure plus metronidazole versus metronidazole alone for uncomplicated amoebic liver abscess. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD004886.
26. Bammigatti C, Ramasubramanian NS, Kadiravan T, et al. Percutaneous needle aspiration in uncomplicated amebic liver abscess: a randomized trial. *Trop Doct*. 2013;43:19-22.

Imagens



Figura 1: Cisto de *Entamoeba histolytica*: coloração com iodo de amostra fecal

Reproduzido de *Current Concepts* (2003); usado com permissão

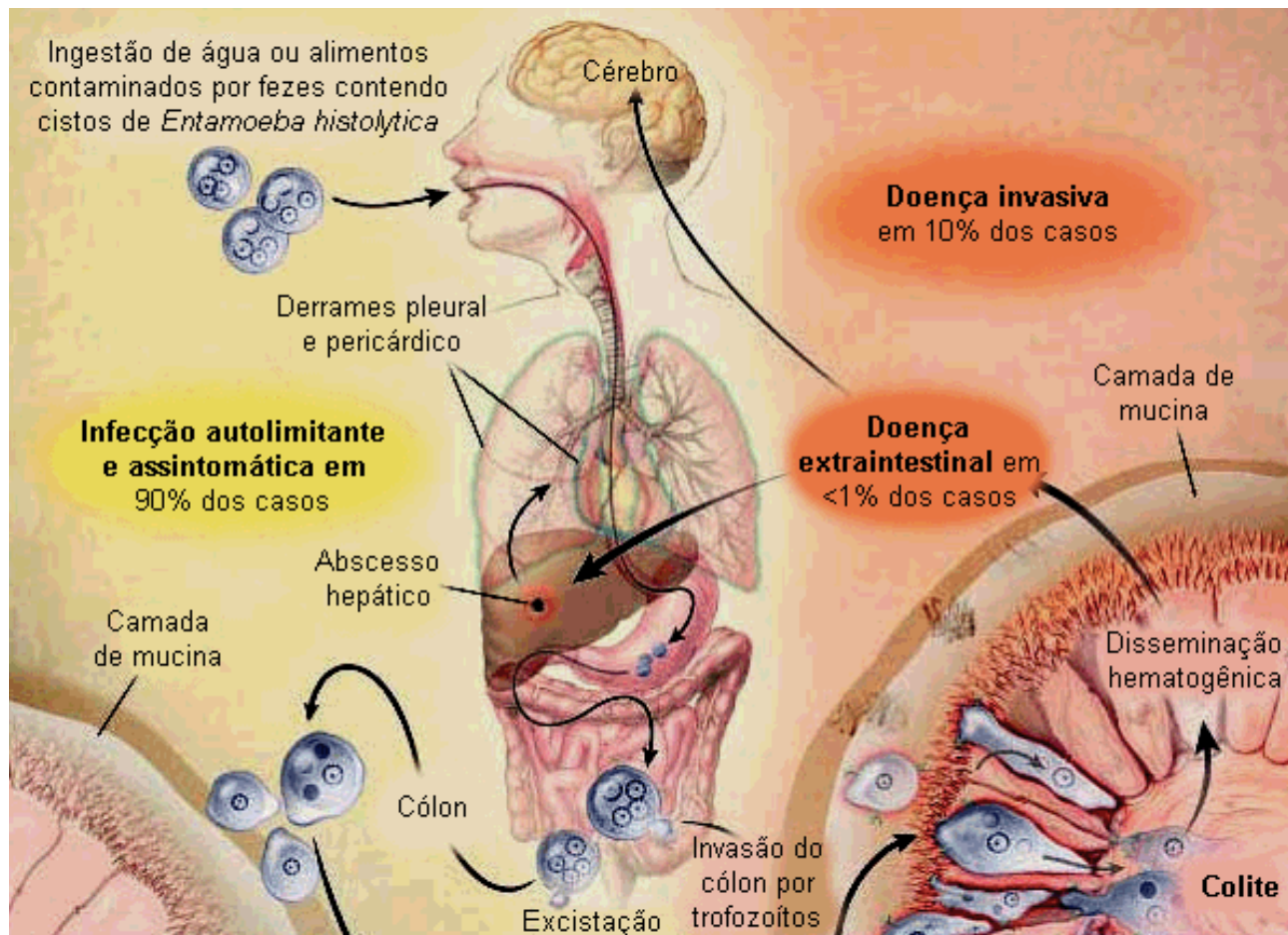


Figura 2: Ciclo de vida da *Entamoeba histolytica*

Reproduzido de *New England Journal of Medicine* (2003); usado com permissão

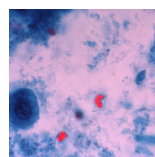


Figura 3: Trofozoítos de Entamoeba histolytica: coloração tricrômica de amostra fecais

Reproduzido de Clinical Infectious Diseases (1999); usado com permissão



Figura 4: Ulcerações amebianas do cólon: úlceras colônicas variando de 1 mm a 2 mm de diâmetro na patologia macroscópica

Reproduzido de New England Journal of Medicine (2003); usado com permissão

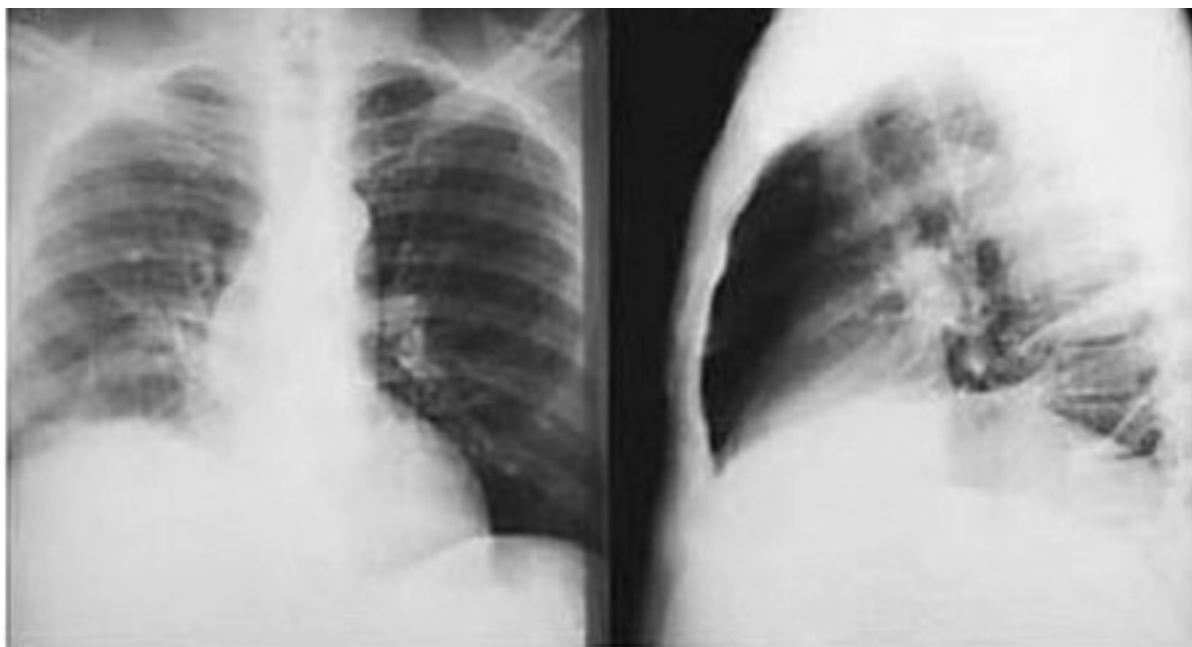


Figura 5: Radiografia torácica posteroanterior e perfil de um paciente com abscesso hepático amebiano: os achados da radiografia torácica incluem elevação da cúpula diafragmática direita e evidências de atelectasia

Reproduzido de New England Journal of Medicine (2003); usado com permissão

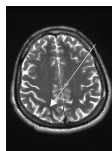


Figura 6: Abscesso cerebral de Entamoeba histolytica

Reproduzido de Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene (2007); usado com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: May 29, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2018. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

William A. Petri, Jr, MD, PhD, FACP

Wade Hampton Frost Professor of Epidemiology

Professor of Medicine, Microbiology, and Pathology, Chief, Division of Infectious Diseases and International Health, University of Virginia, Charlottesville, VA

DIVULGAÇÕES: WAP receives income from the University of Virginia for licensing fees for amebiasis diagnostics produced by TechLab, Inc. These are donated in their entirety to the American Society of Tropical Medicine and Hygiene by Dr Petri. WAP is also the author of a number of references cited in this monograph.

Koji Watanabe, MD, PhD

Visiting Professor

Department of Infectious Diseases and International Health, University of Virginia, Charlottesville, VA

DIVULGAÇÕES: KW declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Ran Nir-Paz, MD

Senior Lecturer in Microbiology and Medicine

Department of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Hadassah-Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel

DIVULGAÇÕES: RNP declares that he has no competing interests.

Christopher Huston, MD

Assistant Professor of Medicine

Division of Infectious Diseases, University of Vermont College of Medicine, Burlington, VT

DIVULGAÇÕES: CH declares that he has no competing interests.