

Enfermedades Infecciosas y Microbiología

Volumen **23**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2003**
January-March

Artículo:

**Amebiasis vulvar. Reporte de un caso y
revisión de la literatura**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com

Amebiasis vulvar. Reporte de un caso y revisión de la literatura

PATRICIA CORNEJO-JUÁREZ,* A AVILÉS-SALAS**

RESUMEN

La amebiasis genital causada por *Entamoeba histolytica* es poco frecuente, aun en México donde la enfermedad es endémica. Informamos el caso de una mujer con antecedente de una fístula recto-perineal, quien inició 2 semanas antes con leucorrea abundante, una úlcera vulvar, friable y dolorosa e induración en glúteos y cara interna de muslos. En la citología vaginal y en la biopsia se observaron trofozoítos, sin células neoplásicas. Los hallazgos fueron compatibles con infección amebiana. La serología para *E. histolytica* fue positiva (> 1:512). La paciente recibió tratamiento con metronidazol 750 mg/3 veces al día durante 3 semanas, con resolución completa. El antecedente de la fístula de largo tiempo de evolución, el medio socioeconómico bajo, la mala higiene y la diabetes mellitus de reciente inicio, fueron probablemente los factores de riesgo asociados para la infección. Se hace una revisión de la literatura.

Palabras clave: amebiasis, tracto genital, *Entamoeba histolytica*, enfermedades de transmisión sexual.

ABSTRACT

Genital amebiasis by *Entamoeba histolytica* is infrequent, even in Mexico where the disease is endemic. We report a case of genital amebiasis in a female patient with a recto-perineal fistula and a two week history of a profuse vaginal discharge, a painful and friable vulvar ulcer and induration in gluteal and inner side of thighs. The PAP smear and the biopsy showed trophozoites, no malignant cells were observed. The findings were compatible with genital amebiasis. The serology test for *E. histolytica* was positive (> 1:512). The patient was treated with metronidazol 750 mg tid for 3 weeks. Complete resolution was achieved. The long term fistula, the low socioeconomic status, the poor hygiene and a diabetes mellitus of a recent onset were probably the risk factors associated to this infection. We reviewed the literature.

Kew words: amebiasis, genital tract, *Entamoeba histolytica*, sexual transmission disease.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 10% de la población mundial está infectada con *Entamoeba histolytica*; y se ha reportado como la tercera causa de muerte por enfermedad parasitaria en el mundo.¹ La incidencia es más alta en países en vías de desarrollo como México.¹ La infección se puede presentar como enfermedad intestinal o extraintestinal.^{1,2} La principal manifestación extrain-

testinal es el absceso hepático, con menor frecuencia se ha reportado el involucro de otros órganos como peritoneo, pericardio, cerebro o tracto genitourinario.^{1,2}

La localización en el tracto genitourinario es extremadamente inusual. Aun en países en los que la enfermedad es endémica.¹⁻³ Existen varios casos informados localizados en cérvix, los descritos en región vulvar son muy raros. El último caso reportado en el mundo fue en 1996,⁴ y en México fue en 1973.³

Se informa el caso de una mujer con antecedente de una fístula recto-perineal, la cual presentó una úlcera vulvar y leucorrea; el diagnóstico inicial era de probable cáncer de vulva.

* Departamento de Infectología.

** Departamento de Patología.

Instituto Nacional de Cancerología

Correspondencia: Dra. Patricia Cornejo Juárez. Av. San Fernando No. 22 Col. Sección XVI. Tlalpan. C.P. 14000. México, D.F. Teléfono: 56-28-04-47. 55-13-97-43 (Fax) E-mail: patcornejo@yahoo.com

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 59 años, de medio socioeconómico bajo. Veinte años antes cursó con una infección genital no especificada, la cual se caracterizó por leu-

correa fétida, que resolvió completamente después de 8 meses de tratamiento y que dejó como secuela una fístula recto-perineal.

Su padecimiento actual lo inició 15 días antes de su ingreso con leucorrea abundante, fétida, dolor e inducción en genitales, cara interna de muslos y glúteos. En esa misma fecha se diagnosticó diabetes mellitus y se inició tratamiento con hipoglucemiantes orales. Fue referida a nuestro hospital con diagnóstico de probable cáncer vulvar.

A la exploración física se encontró una lesión ulcerada, friable, dolorosa a la palpación, que abarcaba desde el tercio inferior de vulva hasta la región perineal, con secreción verdosa, fétida, en moderada cantidad, hiperemia e induración en la cara interna de glúteos y muslos. Se encontraron 3 fístulas anales, y adenopatías inguinales bilaterales de 3 x 3 centímetros, no dolorosas (figura 1).

De sus exámenes de laboratorio destacaba la presencia de leucocitosis $12.6 \times 10^9/L$ cel/mm³, (polimorfonucleares 80%, bandas 2%) y glucosa 324 mg/dL. Resto de los estudios de laboratorio, radiografía de tórax y tomografía axial computada abdomino-pélvica dentro de parámetros normales. Las citologías vaginales mostraron la presencia de trofozoítos, sin células malignas. Se realizó biopsia de la lesión la cual reportó infección por amebas, necrosis basofílica y exudado inflamatorio, sin células neoplásicas (figuras 2 y 3). Los títulos de anticuerpos contra *E. histolytica* se reportaron mayores de 1:512.

Se inició tratamiento con metronidazol intravenoso 750 mg cada 8 horas durante 5 días, y se completaron 14 días por vía oral en las mismas dosis. La paciente presentó involución completa de las lesiones, normalización de la biometría hemática y control de las cifras de glucosa.

DISCUSIÓN

En México se ha reportado una prevalencia de infección amebiana hasta del 50% comparado con países como Estados Unidos en donde es de 4%.²

A nivel mundial, la localización de la amebiasis en el aparato genital femenino ha sido reportada en varias ocasiones, principalmente a nivel de cérvix.³ Se ha des-



Figura 1. Presencia de úlcera localizada en tercio inferior de la vagina y eritema en cara interna de muslos.

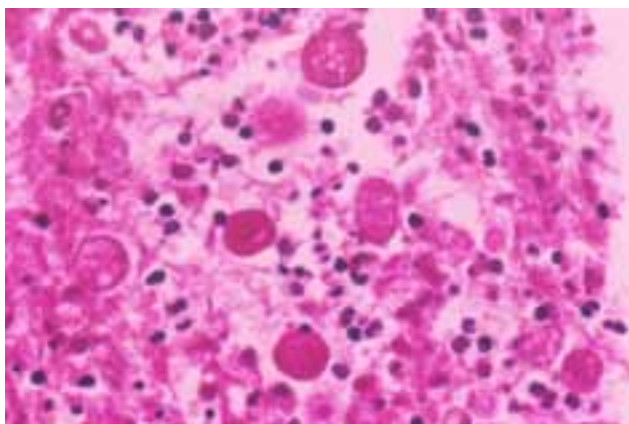


Figura 2. (Hematoxilina-eosina, x 40). Biopsia obtenida antes de iniciar tratamiento. Se observan numerosos trofozoítos inmersos en un fondo necrótico, alternando con exudado inflamatorio.

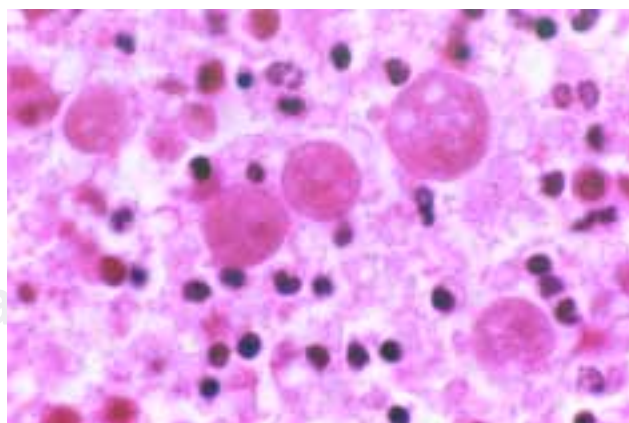


Figura 3. (PAS, x 100). Trofozoítos con eritrofagocitosis.

crita infección en vulva, vagina, trompas de Falopio, endometrio y piel de la región genital.^{3,6} Los dos primeros casos de carcinoma de cérvix y amebiasis los reportó Lee en 1932, tres años después Wu y Chi reportaron un caso de amebiasis cervical uterina sin neoplasia.⁶ En México, Acevedo y cols informaron los tres primeros casos en 1964.⁶ Posteriormente se describieron 24 casos de amebiasis genital en 100,000 mujeres a quienes se les había realizado citología vaginal, con una frecuencia de 0.029%.^{1,7} Fentenes y Bribiesca diagnosticaron 40 casos por citología, en 18 de los cuales se confirmó con biopsia.^{8,9} En 1987, se informaron 5 pacientes con amebiasis genital: 3 en cérvix, uno en pene y uno en vulva, en dos se documentó además carcinoma; todos los pacientes pertenecían a medio socioeconómico bajo y presentaban una úlcera con secreción fétida.¹⁰ El caso más reciente fue publicado en Tailandia en una paciente con múltiples úlceras en vulva, vagina y cérvix, la citología mostró amebiasis. Hubo recuperación completa con metronidazol durante 10 días.⁴

Los pocos casos reportados se atribuyen: 1) a que el medio ácido y el epitelio escamoso vaginal funcionan como barrera natural a la infección, 2) a la falta de sospecha clínica, y 3) a que frecuentemente se utiliza metronidazol en el tratamiento de la vaginosis, por lo que se puede administrar en forma inadvertida contra la amebiasis.^{2,11}

Como factores relacionados con enfermedad invasora se ha descrito el estado inmunológico del huésped, la patogenicidad de *E. histolytica* y los hábitos higiénicos y sexuales inadecuados.¹¹ Se ha visto mayor relación en mujeres embarazadas, niños, personas con desnutrición severa y pacientes que reciben inmunosupresores (principalmente corticoesteroides).^{1,5}

Los principales mecanismos propuestos para la infección son:

- 1) Directa: Pacientes con antecedente de amebiasis intestinal y mala higiene, en quienes la transmisión es por autoinoculación.^{2,6,10}
- 2) Presencia de malformaciones anatomofuncionales que condicionan una comunicación más estrecha entre vagina y recto.^{6,11}
- 3) Transmisión sexual: Se han documentado casos de amebiasis en pene y cérvix en la misma pareja.¹⁰

Se ha reportado mayor frecuencia entre los 39 y los 44 años de edad.⁸ La presentación es crónica, (dos meses de duración promedio de los síntomas).² Hay involucro del cérvix en 70% de los casos, solo o como parte de una infección extendida hacia vagina y vulva.² Como síntomas principales se presenta leucorrea, sangrado, dolor abdominal, úlceras y pérdida de peso.^{3,8,12} A la exploración física se observan úlceras, única o múltiples, friables, con exudado grumoso y fétido y fondo de aspecto necrótico.^{3,6}

El diagnóstico se realiza por la observación de quistes o trofozoítos en exudado o citología vaginal.^{2,9,12} El estudio histopatológico revela un proceso inflamatorio difuso, destrucción tisular y la presencia de trofozoítos y quistes de amebas.^{6,11,13} Otros estudios complementarios son serología por enzimoimmunoensayo o hemaglutinación indirecta (se encuentran anticuerpos en 80 a 90% de los casos de enfermedad amebiana invasora).^{2,8}

Es importante la confirmación histológica para descartar malignidad, ya que hasta en 8% de los casos se ha informado la coexistencia de neoplasia e infección amebiana.^{2,8,10,12}

El tratamiento con metronidazol parece ser efectivo. Son pocos los pacientes reportados para poder estandarizar la terapia.²

CONCLUSIONES

La amebiasis genital es un padecimiento que se ha descrito en pocas ocasiones en los últimos años. Debe de sospecharse en presencia de úlcera y leucorrea fétida, aun cuando no existan datos clínicos de colitis amebiana.

Aunque el diagnóstico se puede realizar por citología, es importante la realización de biopsia, ya que puede existir la presencia de carcinoma y amebiasis, con la incorrecta estadificación del tumor y alterar la línea de tratamiento oncológico.

Considerando las vías de transmisión, debe incluirse a la amebiasis genital en las enfermedades de transmisión sexual.

REFERENCIAS

1. Mayhew K, Dundoo M, Dunne E, Dwinell B, Stephens J. Inguinal lymphadenitis caused by *Entamoeba histolytica*: Case report and literature review. *Mayo Clin Proc* 2000;75:513-6.

2. Citronberg R, Semel J. Severe vaginal infection with *Entamoeba histolytica* in a woman who recently returned from Mexico: case report and review. *Clin Infect Dis* 1995;20:700-2.
3. Oseguera P, Zaldívar G, Méndez J, López E. Amibiasis genital. *Ginec Obstet Mex* 1973;33:319-25.
4. Nopdonrattakoon L. Amoebiasis of the female genital tract: a case report. *J Obstet Gynaecol Res* 1996;22:235-8.
5. Ravdin J. *Entamoeba histolytica*: from adherence to enteropathy. *J Infect Dis* 1989;159:420-9.
6. García B. Amibiasis genital femenina: *Ginec Obstet Mex* 1965;20:715-20.
7. Arizaga JM, Mariscal B, Ruiz E. Detección de amibiasis cervico-vaginal por citología exfoliativa. *Ginec Obstet Mex* 1971;29:393-6.
8. Antony S, Lopez-Po P. Genital amebiasis: Historical perspective of an unusual disease presentation. *Urology* 1999;54:952-5.
9. Fentanes E, Bribiesca LB. Cytologic detection of vaginal parasitosis. *Acta Cytol* 1973;17:252-7.
10. Veliath AJ, Bansal R, Sankaran V, Rajaram P, Parkash S. Genital amebiasis. Case report. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25:249-56.
11. Ahued JR, Pérez J, Lowenberg E, Cisneros L, Calderón M. Amibiasis genital 1971;30:557-66.
12. Fentanes E, Bribiesca LB, Urrutia M. Amibiasis en el tracto genital femenino. *Rev Inst Nal Cancerol* 1969;21:654-6.
13. Mendoza I. Un caso raro en ginecología: amibiasis genital. *Ginec Obstet Mex* 1970;27:45-52.

