

AMIBIASIS VULVAR. CASO CLÍNICO

VULVAR AMEBIASIS. CLINICAL CASE

María Mercedes Pérez 1, Daysi Mendoza 2, John Plata 2,
Mileidy Mejías 2, Fernando García 1

Resumen

La amibiasis genital causada por *Entamoeba histolytica* es una entidad clínica poco frecuente, aun en zonas donde la enfermedad es endémica, es por ello que informamos el caso de una mujer de 74 años de edad ingresada en el servicio de Ginecología de nuestro centro con lesión exofítica ulcerada cubierta por una secreción amarillo verdosa fétida que afectaba labios mayores, labios menores y pliegues genito crurales, con diagnóstico por biopsia de amibiasis vulvar. Recibió tratamiento con metronidazol con resolución completa de la lesión genital. El objetivo de la publicación de este caso es por lo poco frecuente de la patología y la escasa literatura sobre la misma que se puede encontrar.

Palabras Clave: Amibiasis vulvar, *Entamoeba histolytica*, Metronidazol

Abstract

The genital amebiasis caused by histolytic *Entamoeba* is a rare clinical entity, even in areas where the disease is endemic, that is why we report the case of a 74-year-old woman, admitted to the gynecology service medical center, ulcerated exophytic lesion, covered by a fetid greenish yellow discharge

that affected labia majora, labia minora and genital folds with vulvar biopsy diagnosis of amebiasis. She was treated with metronidazole with complete resolution of genital injury. The aim of the publication is so little frequent of pathology and the scarce literature on it that can be found.

Key words: Vulvar amebiasis, *Histolytica Entamoeba*, Metronidazol

INTRODUCCIÓN

La *Entamoeba histolytica* es el agente causal de una infección intestinal muy común, alrededor de un 10% de la población mundial se encuentra afectada, sin embargo sólo un 10% presentan síntomas⁽¹⁾. En su distribución geográfica predomina en las regiones más pobres del planeta carentes de agua potable y medidas de saneamiento inadecuadas⁽²⁾. Una rara presentación de la infección por este parásito es la amibiasis cutánea, la cual está íntimamente relacionada con una amibiasis intestinal aguda o crónica, puede presentarse por autoinfección o por heteroinfección y su localización topográfica puede estar en región perineal, perianal, abdominal y en otros sitios menos comunes como la parrilla costal⁽²⁾. Su presen-

Recibido: 09/03/2014 Aceptado: 12/04/2014

Declaración de conflicto de interés de los autores: las autoras declaran no tener conflicto de intereses

1. Médico Adjunto al Servicio de Ginecología.
2. Residentes del posgrado de Obstetricia y Ginecología. Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani. Edo. Miranda
3. Dra. María Mercedes Pérez Alonzo. Correo electrónico: mperez62@gmail.com

tación clínica está caracterizada por la presencia de úlceras de bordes regulares o irregulares bien definidos, sangrantes, dolorosas, de crecimiento rápido y con tendencia a profundizar; es posible que pueda confundirse esta lesión con la presencia de una neoproliferación, lo cual obliga a realizar toma de biopsias que en definitiva darán el diagnóstico real. El tratamiento puede realizarse con dehidroemetina o metronidazol, que alcanzan buenas concentraciones hepática y cutánea. También pueden emplearse otros derivados imidazólicos como el tinidazol y Secnidazol entre otros.

Presentación del caso: Se presenta caso clínico de paciente femenina de 74 años de edad, quien acude al Servicio de Ginecología del Hospital General del Este "Dr. Domingo Luciani" en junio del 2004, por presentar sensación de peso a nivel perineal, acompañado de incontinencia

fecal de quince días de evolución. Al examen ginecológico se reportan los siguientes hallazgos: lesión exofítica ulcerada cubierta por una secreción amarillo verdosa fétida que afecta labios mayores, labios menores y pliegues genito crurales. Se observó igualmente descenso de pared anterior de vagina y de cuello uterino que sobrepasaba el introito con maniobras de Valsalva, además de prolapso rectal total. Ante la sospecha de lesión neoplásica se toma biopsia de lesión vulvar. Al recibir el diagnóstico de la misma, el anatomopatologo reporta Amibiasis vulvar. Se le realizaron a la paciente otros estudios paraclínicos como TAC y ecosonografía de abdomen para descartar abscesos intraabdominales. La citología de cuello uterino no relevó presencia de trofozoitos. Se inicia tratamiento con metronidazol endovenoso dosis de 500 mg cada seis horas durante cinco días y



Fig. 1.

A. Lesión vulvar exofítica, exudativa y ulcerada (pretratamiento). B. Prolapso de útero y recto.



Fig. 2

Lesión vulvar a la semana de iniciado el tratamiento médico

luego vía oral hasta completar catorce días, por sugerencia del servicio de infectología, además de tratamiento para infección urinaria con ciprofloxacina y pamoato de pirantel por hallazgo en examen heces de tricocéfalos y áscaris lumbricoides. Al terminar tratamiento y lograrse remisión completa de procesos infecciosos se realizó histerectomía vaginal, no siendo necesario ningún tratamiento quirúrgico para el prolapso rectal, ya que el mismo se redujo con el tratamiento médico de la parasitosis.

DISCUSIÓN

En la literatura a nivel mundial, la localización de la amibiasis del aparato genital femenino ha sido reportada en varias ocasiones sobretodo a nivel de cuello uterino, aunque también existen reportes de afección en trompas de Falopio, endometrio y piel de la región genital. ⁽¹⁾ Se ha estimado una frecuencia de 0,029%, con mayor incidencia entre los 39 y 44 años de edad y en 8% de los casos ha coexistido con neoplasias, por lo que la confirmación histológica es importante ⁽²⁾. La poca frecuencia de amibiasis genital se ha relacionado en la mujer con el pH ácido de la

vagina y el tratamiento común de vaginosis bacteriana con el tratamiento de la amibiasis ⁽³⁾. La vía de transmisión puede ser a través de inoculación directa del recto a los genitales y la otra vía a considerar es la sexual, en el caso de nuestra paciente el prolapso rectal contribuyo evidentemente con la inoculación de sus genitales externos. Se han reportado infecciones, con necrosis tan severa que han ameritado, inclusive, unavulvectomía radical ⁽⁴⁾ El tratamiento de elección es el metronidazol en inicio por vía endovenosa y luego se completa con la vía oral. Los esquemas varían en la literatura consultada pero por lo general se acepta 750 mg. cada 8 horas por 5 a 10 días ⁽⁴⁾.

Micrografía de la anatomía patológica

LEYENDA: Se observaron numerosos trofozoítos amibianos, PAS positivo, con citoplasma abundante eosinófilo levemente vacuolado con eritrocitos en su interior, Intenso infiltrado inflamatorio, formación de microabscesos y zonas de necrosis.

Diagnostico: Severa amibiasis vulvoperineal. Sin evidencia de malignidad.

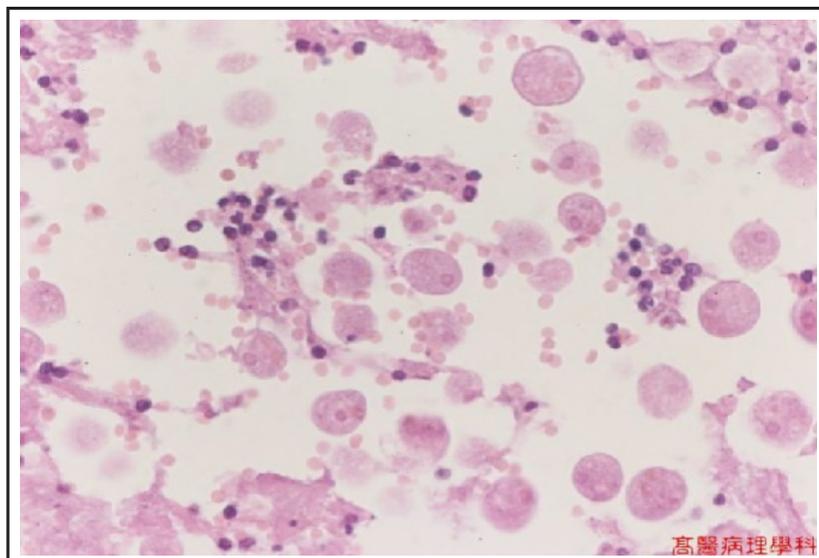


Fig. 3

Trofozoítos amibianos. Cortesía del Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Metropolitana de Caracas.

REFERENCIAS:

1. Cornejo J, Salas A. Amebiasis vulvar. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Enf Infec y Micro* 2003;23(1):23-26
2. Hernández-Pérez E. Genital amebiasis and cáncer. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 1975 ;3(1):47-54.
3. Veliath AJ, Bansal R, Sankaran V, Rajaram P, Parkash S. Amebiasis genital. *Int J Gynaecol Obstet.* 1987 Jun;25(3):249-56
4. Citronberg RJ, Semel JD. Severe vaginal infection with *Entamoeba histolytica* in a woman who recently returned from Mexico: case report and review. *Clin Infect Dis.* 1995 Mar; 20(3):700-2.
5. Bobbi S, Pritt MD, Clark G. Amebiasis. *Mayo Clin Proc* 2008; 83 (10): 1154-60.