

# Amibiasis Genital Femenina

*Profesor Pedro Nel Cardona C., Dr. Absalón Guzmán A.,  
Dr. Fernando Cardona A., Dr. René Díaz C.,  
Dr. Gustavo Isaza M.*

## INTRODUCCION

Considerábamos antes la amibiasis genital femenina como una curiosidad médica por su baja incidencia, pero nuestros estudios en el pasado año nos permitieron diagnosticarla en nueve pacientes; por esta razón hemos querido presentar la siguiente comunicación con un total de 18 casos, pues en nuestro concepto su frecuencia hace que esta localización amibiana merezca sea tenida más en cuenta en el campo ginecológico.

## MATERIAL Y METODOS

Las 18 pacientes presentadas pertenecen al Hospital Universitario San Vicente de Paúl y a los Seguros Sociales de Medellín.

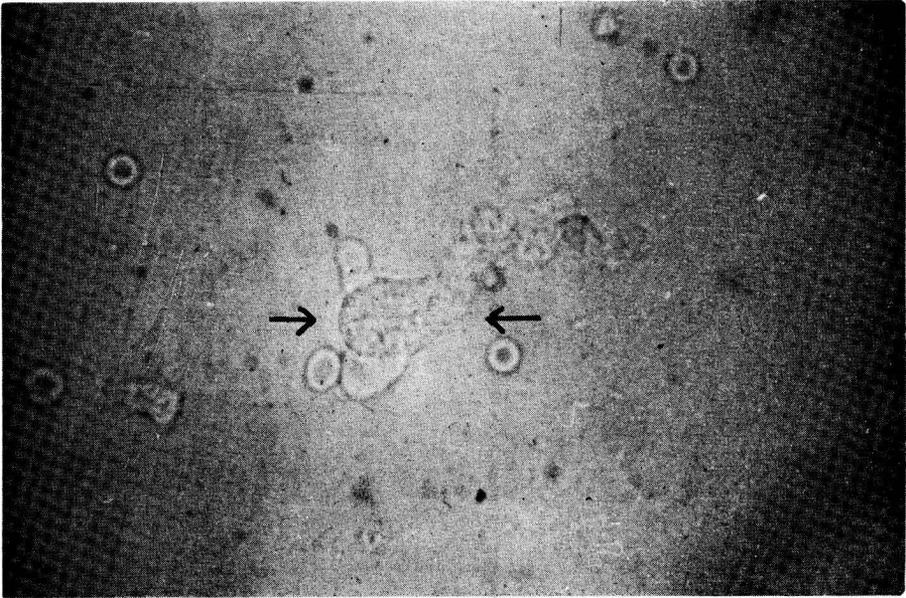


FIGURA N° 1 - Trofozoito. Examen en fresco.

En todos los casos se confirmó el diagnóstico por la presencia de amibas en forma de trofozoitos en el examen en fresco (Fig. N° 1), además se practicaron en algunos casos biopsias de las lesiones y extendidos coloreados con Papamiltiades-Shorr.

### ETIOPATOGENIA

La amibiasis genital femenina fué adquirida en las pacientes con amibiasis intestinal, por contaminación fecal a partir del ano cuando eran pocos los cuidados higiénicos, o a partir de una fístula recto-vaginal; puede también ésta localización genital ser adquirida, por medio del acto sexual cuando el hombre presenta una amibiasis balanoprepucial.

### ASPECTOS CLINICOS

Todas nuestras pacientes consultaron por leucorrea abundante de mal olor acompañada de sangre. La leucorrea al principio es discreta y va aumentando en forma rápida y progresiva adquiriendo un aspecto físico semejante al de los carcinomas cervicales infectados. Cuando la amiba ha formado ulceración en la mucosa cervical, vaginal o vulvar, se aprecian en el examen ma-

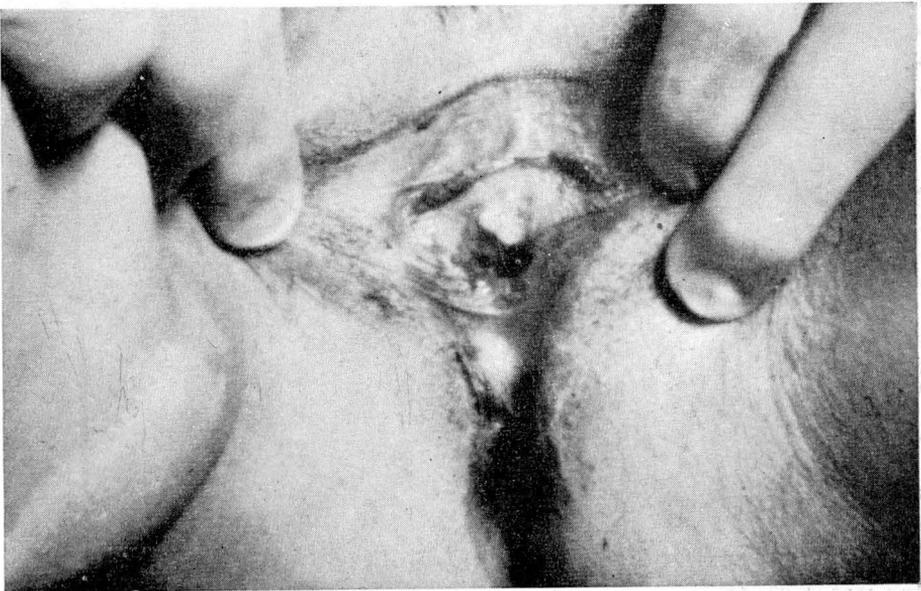


FIGURA N° 2 - Lesión del himen.

croscópico del flujo pequeñas cantidades de sangre y a veces algunos fragmentos de tejidos seminecróticos acompañados de una substancia mucosa. Si las úlceras amibianas comprometen vasos sanguíneos, se presentan verdaderas hemorragias.

El examen genital revela además de la leucorrea, pequeñas o grandes ulceraciones que pueden encontrarse desde la vulva hasta el endocérvix. Las lesiones vulvares son más frecuentes por razones de vecindad en la horquilla, en la fosa navicular y en el himen que se destruye parcialmente. (Fig. Nº 2). En la vagina las úlceras tienden a ser múltiples y pequeñas y su localización es más frecuente en el tercio anterior. (Fig. Nº 3). En el exocér-

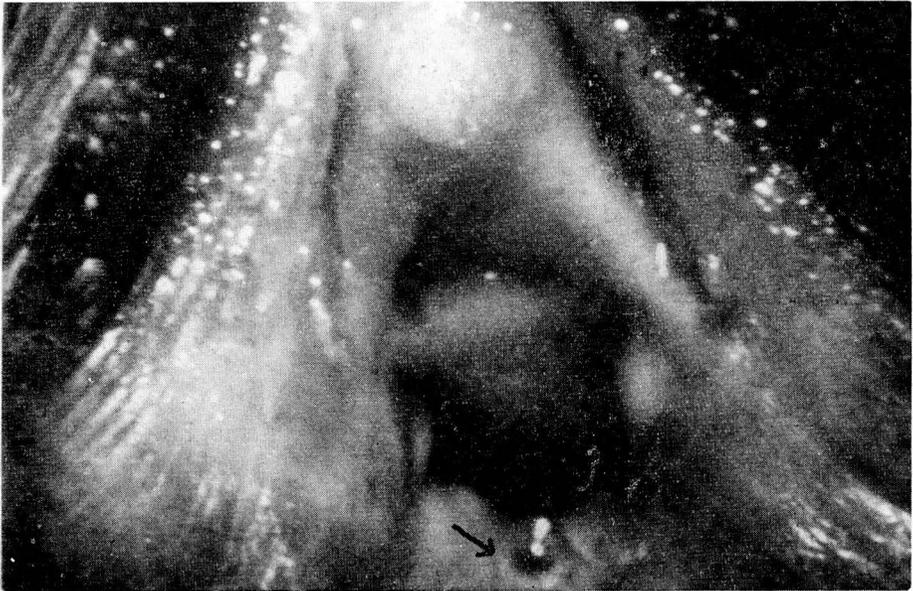


FIGURA Nº 3 - Lesión de vagina.

vix las lesiones no tienden a ser periorificiales y es común encontrarlas asociadas con las otras localizaciones genitales (Fig. Nº 4).

Las úlceras tienen bordes mal delimitados y fragmentos seminecróticos que se desprenden con facilidad; en la base presentan a veces seudomembranas blanquecinas; estas lesiones sangran con traumatismos mínimos. Cuando la localización amibiana

es cervical y el proceso lleva meses de evolución, el cuello está total o parcialmente destruido y hay infiltración parametrial de tipo inflamatorio comprobable por el tacto rectal.

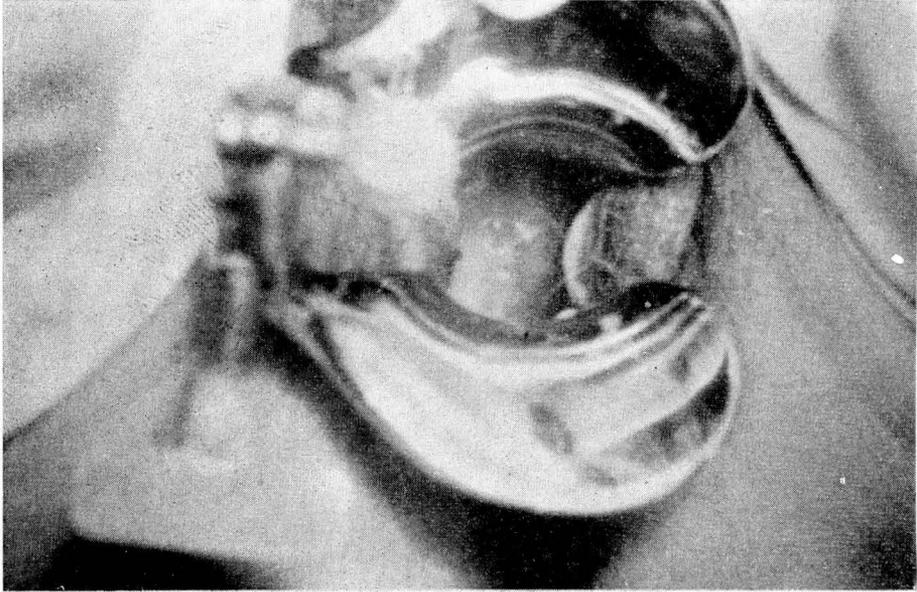


FIGURA N° 4 - Lesión de cérvix.

### TRATAMIENTO

El tratamiento de la amibiasis genital femenina lo hemos efectuado con clorhidrato de emetina en dosis de un miligramo por kilo de peso, sin pasar de 60 miligramos por día, aplicando la dosis diaria por vía intramuscular durante cuatro días seguidos y teniendo la enferma en reposo. Cuando existían razones para ello, se efectuó el tratamiento completo para la amibiasis intestinal con los arsenicales y las quinoleínas halogenadas. Los controles macro y microscópicos efectuados después del tratamiento mostraron curación total.

### COMENTARIOS

En la bibliografía internacional del "Current list of Medical Literature" solo hay descritos 20 artículos desde 1929 hasta 1960 sobre amibiasis de localización genital. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Como lo hemos anotado nosotros encontramos en un solo año nueve localizaciones genitales de la amiba histolítica. Creemos que la alta frecuencia entre nosotros quizás sea debida a los estudios insistentemente repetidos en las enfermas con lesiones ulcerativas del tracto genital, y también al significativo hecho del alto porcentaje de la amibiasis intestinal entre nosotros.

Las amibas histológicas se observan en el examen directo del flujo, en forma de trofozoitos con susseudópodos largos y con eritrocitos intraprotoplasmáticos (Fig. Nº 5) y en forma de quistes, con su membrana gruesa y sus correspondientes núcleos.

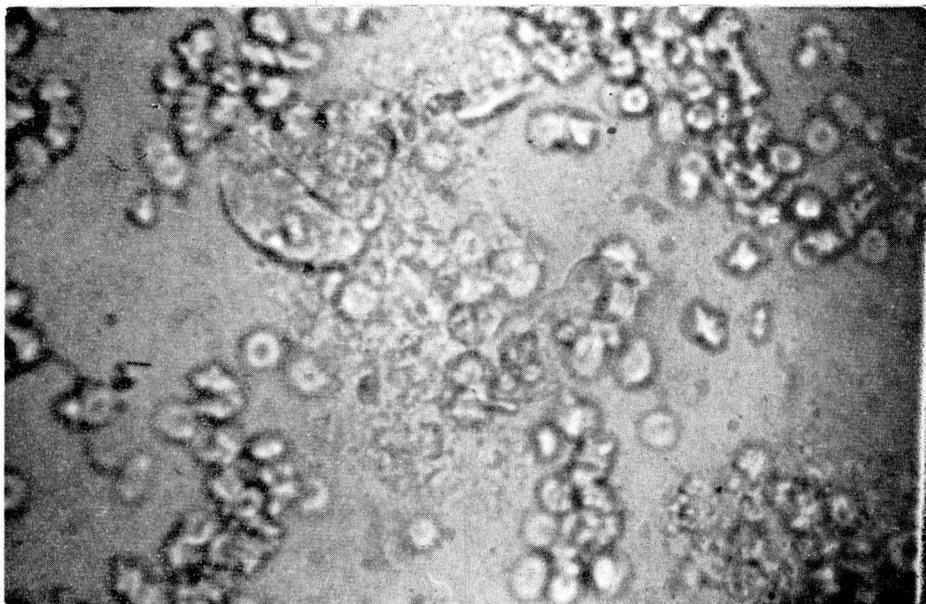


FIGURA Nº 5 - Eritrocitos intra-protoplasmáticos.

Cuando el extendido es fijado precozmente y se colorea con la técnica de Papamiltiades-Shorr, la forma trofozoítica de la amiba histolítica se observa con susseudópodos y, el protoplasma toma color basófilo, hay en él numerosas vacuolas de tamaño a veces superior al del núcleo; el límite del citoplasma es definido; el núcleo tiene forma generalmente oval y se aprecia de un color marrón, es frecuente encontrarlo en el extremo opuesto al delseudópodo principal. (Fig. Nº 7). La forma quística pre-

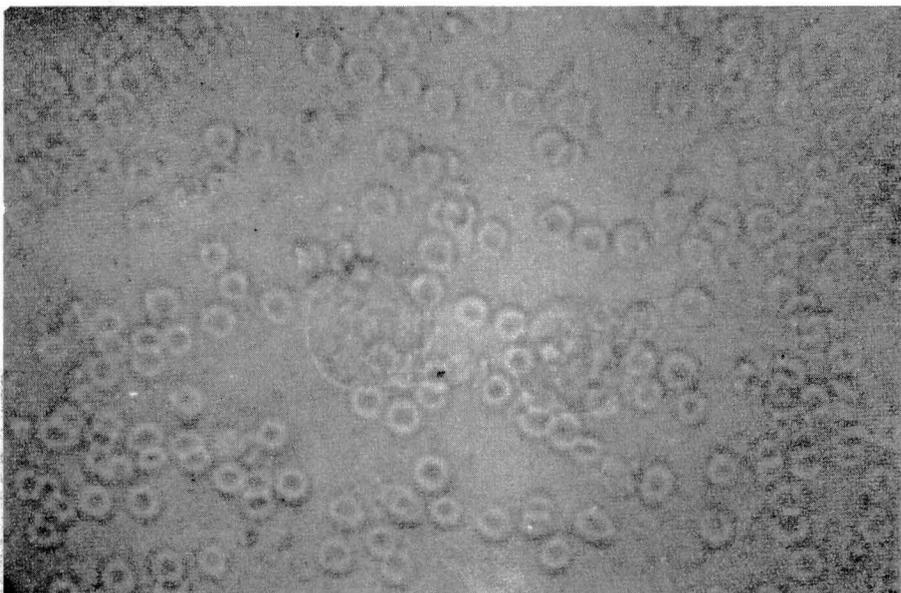


FIGURA N° 6 - Quistes.

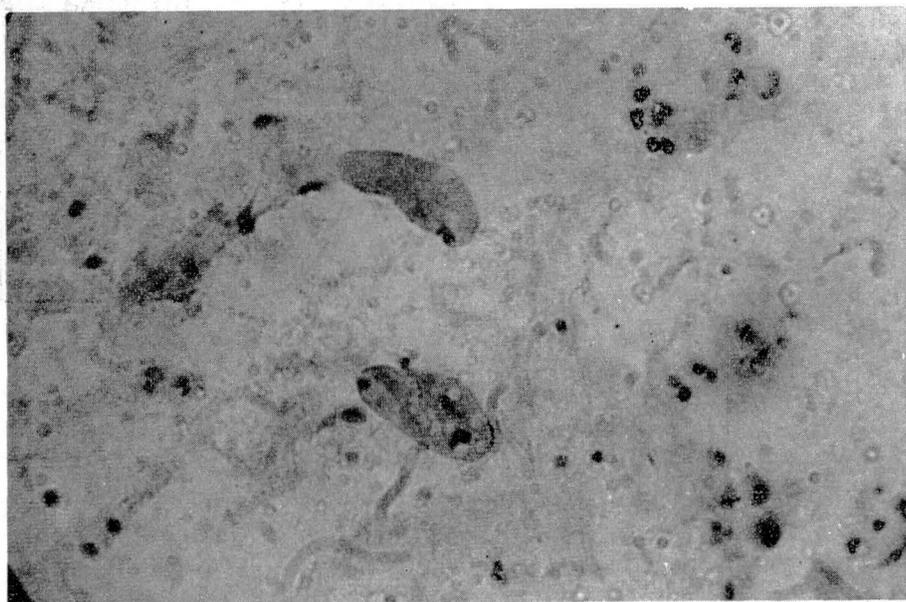


FIGURA N° 7 - Trofozoitos, coloración de Papamiltiades-Shorr.

senta una morfología redonda de unas 16 micras de diámetro, con bordes netos y toma un color marrón oscuro. (Fig. Nº 8).

En las biopsias se observa una inflamación aguda purulenta en medio de la cual se aprecian acúmulos de amibas histolíticas y fragmentos de tejidos necróticos. Es frecuente encontrar en el estroma vasodilatación, reacción polimorfo nuclear muy activa, fi-

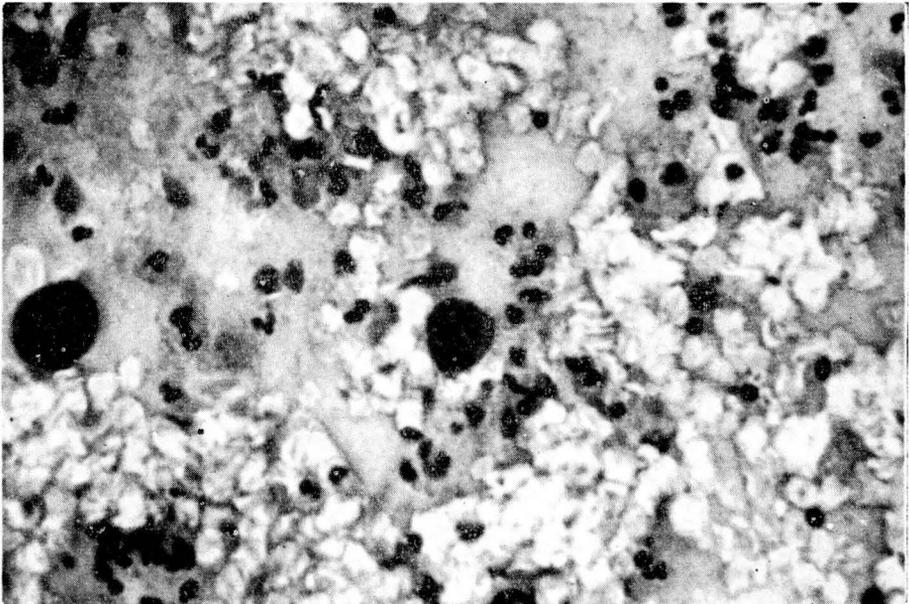


FIGURA Nº 8 - Quistes, coloración de Papamiltiades-Shorr.

brosis y amibas rodeadas de tejido necrótico. El parásito se observa de forma ovalada sin vacuolas intraprotoplasmáticas, el núcleo se aprecia ligeramente lateralizado con el nucléolo central y la cromatina contra la periferia del núcleo. (Fig. Nº 9).

La flora asociada en los extendidos está compuesta por escasos bacilos de Doderlein, tetrágenos, estafilococos y estreptococos acompañados de una marcada reacción leucocitaria. Frecuentemente la flora asociada produce una reacción inflamatoria en los parametrios, apreciable pero el tacto rectal, cuando existe una ulceración o destrucción parcial del cuello uterino, signos éstos que hacen pensar en un carcinoma cuando se efectúa el examen clínico. En un solo caso de nuestra serie (5%), encontramos la

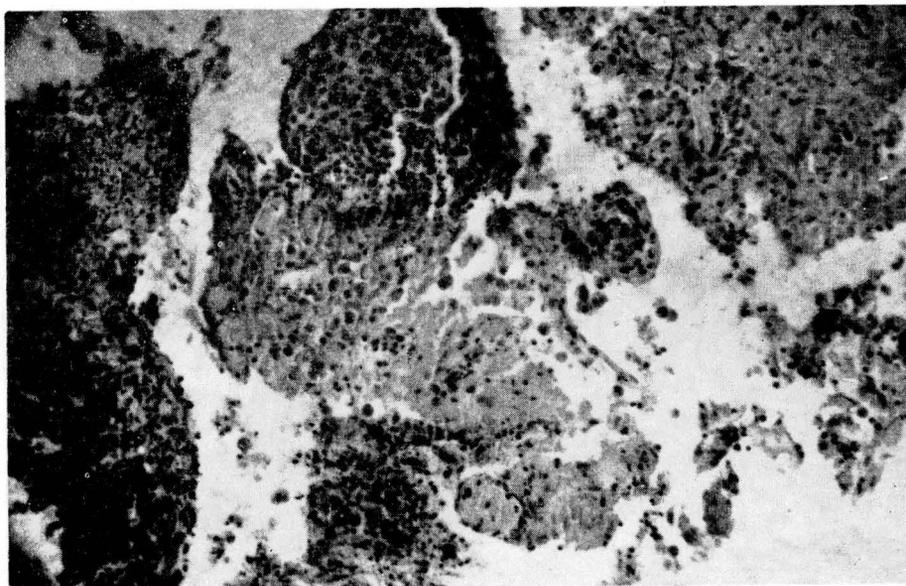


FIGURA N° 9 - Biopsia de lesión amibiana cervical.

CUADRO N° 1				
PACIENTE	COPROLOGICO	LOCALIZACION	CURACION	RESIDIVA O REINFECCION
1	-	VULVAR	+	+
2	+	CERVICAL	+	+
3	-	VAGINAL	+	-
4	-	CERVICAL	+	-
5	+	CERVICAL	+	-
6	-	CERVICAL	+	-
7	+	VULVAR Y CERVICAL	+	-
8	+	VAGINAL Y CERVICAL	+	-
9	-	CERVICAL	+	-
10	+	VULVAR Y VAGINAL	+	-
11	+	VAGINAL	+	-
12	-	VULVAR Y VAGINAL	+	-
13	-	VAGINAL Y CERVICAL	+	-
14	+	VAGINAL	+	-
15	+	CERVICAL	+	-
16	-	CERVICAL	+	-
17	-	VAGINAL Y CERVICAL	+	-
18	+	VULVAR	+	-

amibiasis localizada en un carcinoma cervical. Los exámenes coprológicos fueron positivos en el 50% de las enfermas. En un 11% se presentaron recidivas después de seis meses de terminada la terapéutica, en nuestro concepto por reinfección y fue necesario repetir el tratamiento. (Cuadro N° 1).

### RESUMEN

Se presentan 18 casos de amibiasis genital y los métodos empleados para su diagnóstico, entre los cuales sobresale el examen directo del flujo. Se presentan su etiopatogenia y sus características clínicas, que son muy semejantes a las producidas por los carcinomas de localización genital. Se muestran el tratamiento efectuado y sus resultados. Se hacen algunos comentarios.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 WU T. T. CHI C. K. **Clinise M. J.** 49: 69-73 1935.
- 2 NISIOKA R. Tr Soc. Path. Jap. 29: 529-531 1939.
- 3 CHAUG S. W. **Chinese M. J.** 61A: 127 1943.
- 4 PAZ O. Rev, Sudam. Morfol. 3: 89-90 1945.
- 5 GAIN H. South African M. J. 21: 32-33 1947.
- 6 RESTREPO R. MENDEZ A. Rev. Fac. Med. Bogotá 16: 914-920 1947.
- 7 BRAS G. Med. Mandlb. 260-261 1947.
- 8 WEINSTEIN B. B. WEED J. C. Am. J. Obst. and Gynec. 56: 180-183 1948.
- 9 SEN N. C. Brit. Med. J. 1: 808 1949.
- 10 GUIZA H. L. **Semana Médica Argentina** 1: 744-747 1949.
- 11 HEILBRUM H. NEDERL TIJDSCHR V. **Geneesk** 93: 3228-3271 1949.
- 12 ISAZA G. **Boletín Clínico de Antioquia.** 10: 137-142 1949.
- 13 HEILBRUM A. COCUM. NEERL. **Indones Morbis Trop.** 2: 118-120 1950.
- 14 BROUMI K. A. **Indian Medical Facete.** Calcuta 86: 8 1951.
- 15 WANG W. P. **Chinese M. J.** 69: 384-387 1951.
- 16 **El Mofty A. M. El Sifi M. J. J. Roy Egiptian M. A.** 35: 786-793 1952.
- 17 **Orientaciones Médicas de Medellín** 5: 219-221 1952.
- 18 CENTER B. JONES C. P. THOMAS W. L. Am. J. Obst. and Gynec. 68: 16-07. 1954.
- 19 CASTILLO de L. BLANCA. **Anales Médicos de Quito.** 5: 28-31 1955.
- 20 MOGTHRABY AS. J. Obstet. Gynaec Brit. Emp. 67: 322-333 1960.