



"AMEBIASIS VAGINAL"

(Análisis de ciento cinco casos que consultaron el servicio externo de la Sección de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala).

OMERO ILDEFONSO DE LEON MONTENEGRO

## PLAN DE TESIS

### I. INTRODUCCION

### II. CONSIDERACIONES GENERALES

- a) Concepto
- b) Historia
- c) Historia de las primeras observaciones sobre amibiasis vaginal.
- d) Observaciones en la literatura mundial
- e) Estudio Clínico
- f) Caracteres diferenciales, fuentes de infección y modos de transmisión.
- g) Patogenia; sintomatología y formas clínicas
- h) Diagnóstico:
  - 1. - Clínico
  - 2. - Laboratorio y Anatomía Patológica.
- i) Evolución, pronóstico y mortalidad.
- j) Otras complicaciones de la amibiasis.
- k) Tratamiento.

### III. MATERIAL Y METODOS

### IV. RESULTADOS Y COMENTARIO.

### V. CONCLUSIONES

### VI. RECOMENDACIONES

### VII. BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION

A causa del incremento en casos de Leucorrea que se ha observado en los últimos años en la Consulta Externa de la Sección de Ginecología, en la cual de veinte pacientes que consultan seis lo hacen por Leucorrea, equivalentes al treinta por ciento; no tomando en cuenta aquellos casos en los cuales a la evaluación clínico-ginecológica se encuentre algún descargo cérvico vaginal; ya que el presente estudio es básicamente investigativo en aquellas que consultaron por descargo vulvovaginal y que en ningún momento de su vida, habían recibido tratamiento alguno.

Era de considerar las probabilidades que tiene la mujer de experimentar descargo cérvico-vaginal, y específicamente investigar la posible participación de Endamoeba Histolítica en la mucosa vaginal y/o en las glándulas cervicales del útero y cuya primera y única manifestación fuera flujo vaginal exterior.

Por otra parte, la literatura existente actualmente relacionada con este tema, es sumamente escasa, aún en el extranjero. En el ámbito nacional, muy poco se ha tratado, si es que se ha efectuado acerca de este oscuro e importante tópico de la ginecología.

Si existen experiencias personales de ilustres especialistas en nuestro medio y algunas accidentales en la Consulta Externa de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios"; sin embargo, no fueron creativas en cuanto a docu-

## II. b- HISTORIA:

La Amibiasis vaginal es poco conocida tanto en nuestro medio como -- mundialmente; sin embargo, existe una variedad de artículos publicados en el extranjero, siendo catalogada este tipo de amibiasis como sumamente rara, sin embargo, debemos admitir su existencia y a considerarla como no excepcional.

Debe tenerse en mente que entre la "Amibiasis" el síndrome disintérico es el más corriente, siguiéndole posiblemente la localización Hepática (4). La acción de la amiba histolítica (única patógena para el hombre), no se circunscribe únicamente al intestino grueso, es susceptible de pasar al torrente circulatorio; creando una forma "septicémica" (4) pudiendo de esta manera localizarse en cualquier parte del organismo; así producir los síntomas y lesiones más variadas. En muchas oportunidades se ha considerado y aún se considera que la Amibiasis intestinal es la etapa o forma inicial.

De esta manera se cree que el posible origen de la amibiasis vaginal tenga su origen por coitos contranatura o bien por malos hábitos de limpieza (14).

Históricamente sabemos que el primero que comprobó la presencia de amibas en las heces de un disintérico, fue Lösch en el año de 1875 (San Petersburgo, Rusia); que de acuerdo a su descripción se trataba de Endamoeba histolítica; se duda sobre <sup>/que</sup> alguien antes lo haya hecho (4, 7). En 1873 fueron tratados en Egipto varios abscesos hepáticos y ulceraciones intestinales, de donde Koch en--

contró la amiba histolítica. La primera descripción clínica sobre 150 casos fue -- efectuada por Kertulis en 1886 (Egipto). En el año de 1887 encontró el protozoario en el material de un absceso hepático y en 1904 en un absceso cerebral secundario a una desenteria (4,7).

En los E. E. U. U. , los primeros en efectuar estudios sobre la amiba histolítica fueron Osler y Stengel (1890). En el año 1892 Kovacs y Fruse en 1894 experimentaron la enfermedad con gatos, demostrando el poder patógeno de la amiba Histolítica; en 1893 Quincke y Roos describieron exactamente la E. Histolítica y por primera vez se hizo una descripción de los quistes. Craig en 1915 reportó las diferencias precisas entre la E. histolítica y la E. Coli. (4, 7); esto mediante experimentos de inoculación al gato. Werner en 1908, Hartmann (1909); Walker y Sellards en 1913 efectuaron algunas experiencias en voluntarios humanos, mediante la ingestión de quistes, acabando de esta manera de demostrar el poder patógeno de la E. histolítica y la inocuidad de la E. Coli. En años posteriores (1911-1919) otros investigadores descubrieron otras especies de amibas, que son consideradas comensales inocuos del intestino (7). Cutler en 1918, logró el -- primer cultivo in vitro. Craig logró mantener una cepa que al cabo de cinco -- años conservaba su poder patógeno.

La serología y fijación de complemento en la sangre de amibásicos fueron estudiados por Izar (1914), Scalas (1921), Craig (1927), Menéndez (1932) y otros (4).

Durante mucho tiempo la amibiasis fue considerada y clasificada como una entidad tropical, y no fue sino en 1933 que se demostró su presencia en las zonas templadas con la epidemia de Chicago (4, 21); de esta manera actualmente es considerada una enfermedad cosmopolita y así se ha encontrado en la literatura casos del viejo y nuevo continente; considerando su mayor morbilidad en la edad temprana (niñez). El carácter ultimamente es considerado más bien endémico; existiendo estudios, especialmente en los EE. UU. que la enfermedad se hace más aparente en las estaciones de Otoño y Primavera (7, 21).

#### Iic. Historia de las primeras observaciones sobre amibiasis vaginal.

El material revisado para el presente estudio, encontramos que en el año 1940 en el trabajo de tesis del Dr. Aycinena y Echeverría se menciona a la Amibiasis vaginal, como causa de la Amibiasis de las vías urinarias (4).

Por el año 1891 Baelz observó en una paciente desahuciada, la presencia de amibas en vejiga y vagina, aunque no hace constar ningún estudio orientado hacia ello.

En 1892 Jurgens presentó un caso en que la amiba fue encontrada post-mortem en una anciana que había padecido de cistitis en la vagina y vejiga.

En 1937, K. D. Mahonar de Bombay, efectuó estudios exhaustivos con el fin de determinar en una paciente de 27 años en el quinto mes de embarazo, la posibilidad de amebiasis vaginal, ya que en cinco exámenes consecutivos de ori-

na cateterizada se encontró la presencia de amibas típicas; los resultados fueron negativos.

Existe en la literatura mundial, referido hasta el año 1875, el hallazgo de amiba vaginal que Blanchard llamó "Ameba Vaginalis".

La primera descripción sobre amibiasis uterina la hizo Lee en 1932 (15), de dos casos de cáncer del cuello uterino, en los que se había injertado amibiasis a consecuencia de una fístula recto vaginal (1, 11).

Sin embargo, se habla en la literatura mundial sobre que el primero en describir una amibiasis uterina pura fue Wu en Enero de 1935 en China; ya que en su caso no existían lesiones vaginales ni fistulosas (2, 11). En 1944 de Rivas presenta un caso de amibiasis uterina, que se diagnóstico en autopsia; Otto Paz (República de Argentina), un año más tarde reporta el tercer caso que puede catalogarse como puro. En 1960 se publicó un tercer caso de amibiasis uterina con localización exclusiva en el cuello, en el que las lesiones primitivas habían existido tiempo atrás en el recto sigmoide.

En el año 1958, se trató el caso de un sujeto de 65 años, campesino, quien en su interrogatorio refirió un año de evolución de escurrimiento ureteral, disuria; durante cinco meses continuó con la molestia, después de los cuales notó apareamiento de una masa de tejido de neoformación en la extremidad del pene, la que posteriormente se ulceró. El examen de orina y coproló

gico no demostraba amebas. Se procedió a efectuar biopsia para averiguar la naturaleza de la lesión, que entre otras cosas se hizo el hallazgo de amibas histolíticas; fue objeto de estudio posterior, quedando ignorado el modo de contaminación; el enfermo nunca practicó el coito anal y no fue posible examinar a la cónyuge, quedando en el ambiente meras suposiciones (2, 18).

De esta manera se ha considerado que es precisamente en México, uno de los países Latinoamericanos con la incidencia de Amibiasis más alta, donde se han reportado casos de amibiasis vaginal dentro de la literatura mundial.

En los EE.UU., en el año de 1943 en un estudio de 200 casos de Leucorrea, el 0.5% de ellos era causado por la Entamoeba Histolítica, estudio efectuado por Bickers (11); además en 1943 E.M. Morse y S.P. Seaton, mencionaron casos de amibiasis cérvico vaginales. Sin embargo, repetimos que el primer caso reportado en la literatura mundial diagnosticado por biopsia y con curación lograda, fue la de Otto Paz en Argentina. (11)

El Citólogo Pedro Valenzuela Duriet (en México), presentó un trabajo sobre AMIBIASIS DEL APARATO GENITAL FEMENINO. EL METODO DE PAPANICOLAU EN SU DIAGNOSTICO"; en el cual informa de 16 casos; de los cuales 15 son de amibiasis cervico-vaginales y uno de amibiasis endometrial, todos reportados por los laboratorios de citología de los hospitales "Juárez", "General", No. 1, de Ginecología-Obstetricia y de la raza del IMSS, así como del de Oncología de la misma institución (11, 15).

En 1967 el Dr. Duarte Contreras y colaboradores en México, publica la relativa frecuencia de la amibiasis genital femenina; refiriendo encontrarla más frecuentemente en mujeres niñas que adultas estudiadas. (9) Presenta en el curso de dos años ocho pacientes; cinco niñas menores de cuatro años y tres mujeres adultas; en las niñas se efectuó el diagnóstico por exámenes en fresco y en algunos casos Papanicolau, este segundo con fines puramente científicos. En la mujer adulta, se efectuaron exámenes seriados, coloración de Papanicolau y biopsia en dos de los tres casos. En todas las pacientes estudiadas, se encontró la amiba histolítica en la totalidad de los exámenes coprológicos estudiados (7).

El Dr. Ahued-Ahued en noviembre de 1971, publica un artículo titulado: "Amibiasis Vaginal", donde considera que los reportes mundiales y nacionales son sumamente escasos; siendo útil sin embargo, que el Ginecó-Obstetra, piense en esta patología, sobre todo ante cuadros ginecológicos oscuros. (3, 13)

Es este el estudio más reciente que encontré en la revisión de la literatura mundial sobre la amibiasis vaginal. En dicha revisión efectuada a finales de 1971 en México; revisión de los ingresos al servicio de Ginecología del Centro hospitalario "20 de Noviembre" del I.S.S.S.T.E., encontrando 12 casos de amibiasis genital entre 8,050 ingresos en 10 años de trabajo. En dicho trabajo se coinciden tres casos de los doce; que coincidió la amibiasis genital con una neoplasia, dos de ellos cáncer cérvico-uterino y un adenocarcinoma del endometrio.

Se resume en que el tipo de leucorrea rebelde al tratamiento hemato-purulenta fétida y salida de material necrótico por genitales, debe pensarse en Amiba Histolítica y efectuar estudios correspondientes (3).

En un seminario efectuado en San Salvador por el (ERCECAP) Escuela Regional de Citología Exfoliativa de C. A. y Panamá; a fines del año pasado, se presentaron dos casos de Amiba Histolítica del cervix, diagnosticada por Panicolau (5, 16).

#### II. d Observaciones en la Literatura Mundial:

Especialmente diremos que la primera observación sobre la amibiasis uterina la efectuó en el año 1932, Lee (2, 15); estando asociada a otra entidad tipo neoplásica, y a quien se le atribuye la primera observación pura sobre amibiasis vaginal es en China en el año de 1935 a Wu (3, 7).

De esta manera se fueron refiriendo casos sucesivos que fueron contemplados en el capítulo anterior; sin embargo, del último de que se tiene noticias es la revisión más larga que se ha efectuado, es decir, revisando retrospectivamente diez años atrás a partir de finales del año 1971 (3); en la república de México.

Entre las principales observaciones; existen los diferentes hallazgos de la amiba genital con otras entidades tipo neoplásico, en otras asociada a amiba intestinal en personas portadoras, que presumiblemente efectuaban coito contra-natura; de tal manera que hasta la actualidad, difícilmente pueda afirmarse el

verdadero origen o forma de contaminación; será de crear hipótesis y tratar de resolverlas experimentalmente en el futuro. Sin embargo, la mentalidad que sobre la existencia de amibiasis vaginal priva en el mundo, es positiva y bastará pensar en ella para que en uno u otro caso sea diagnosticada (12).

Los factores causales en la patogenia podría señalarse entre ellos: El estado inmunológico del huésped, la patogenicidad de las malformaciones anatómicas, los hábitos higiénicos y sexuales inadecuados, procesos colíticos previos (9, 11).

Hasta la fecha las localizaciones más frecuentes reportados hasta la fecha han sido; vulvar, con sus variantes vulvo-vaginales y vulvo-perineal y la cervical; sin embargo, puede encontrarse en vagina, cuello uterino, trompas uterinas finalmente en vejiga y riñón.

A manera de ilustración describiremos tres casos de la literatura mundial en forma de comentario.

Caso No. 1. Paciente de 38 años, múltipara, con síntomas gastrointestinales. Definitivamente en este caso la paciente tenía amibiasis intestinal y desarrolló por mala higiene, coito contra-natura o amebohemía típica como lo es por ejemplo el absceso cerebral, amibiasis del cervix uterino, curó con Emetina y Clorofenoxamida.

Caso No. 2. Paciente de 38 años, casada, sin otra sintomatología más que sangrado vaginal (sangre fresca y coágulos), dolor en Hipogastrio, irradiado a re-

gión lumbosacra, a base de estudio por citología, se diagnosticó carcinoma del cuello uterino y a consecuencia de las radicaciones se le hizo una fístula recto-vaginal; todo lo anterior hace pensar que la amibiasis cervical se implantó en el carcinoma ya presente a través de la fístula originada por la radioterapia.

Caso No. 3. Paciente de 52 años, múltipara con antecedentes familiares de amibiasis (absceso hepático); con sintomatología gastro intestinal; muy similar al caso No. 1 antes mencionado.

#### Ile. Estudio Clínico:

Si a todas las pacientes con síndrome disentérico reciente, o con diarreas del tipo cecal, o alguna sintomatología amibiana y flujo vaginal de aspecto variable, se le efectuara estudios parasitológicos y citológicos, definitivamente los casos de amibiasis vaginal no serían considerados tan raros (1). Considerando que no es difícil que muchos úteros amebianos hayan sido extirpados por no haberseles hecho biopsia, ya que el aspecto macroscópico evidenciaba malformación cancerosa, pero la presencia del trofozoito hubiera evitado una histerec-tomía inútil. Los aspectos macroscópicos de las dos entidades referidas son su-mamente semejantes, hasta en la formación vegetante del cérvix uterino.

La acción de la Endamoeba histolítica es fundamentalmente igual en todos los tejidos que invade; el poder patógeno estriba: por acción mecánica que destruye los tejidos que invade; y un fermento proteolítico o tóxina que actúa

directamente sobre los tejidos del portador (4, 8).

#### II-f. Caracteres diferenciales, Fuentes de Infección y modos de Transmisión:

La Ameba histolítica. Trofozoito: la A, histolítica es un rizópodo que puede tener de 20 a 40 micras de diámetro; las otras amebas generalmente son más pequeñas (Fragilis, Butschli, etc.) (4, 7, 21). Entre los caracteres más notorios de la E. Histolítica tenemos: viva motilidad que al cabo de un tiempo se hace más lenta y por lo tanto menos característica; el de las otras amebas el movimiento no es orientado ni tan rápido. El contenido del citoplasma es finamente granuloso y casi homogéneo, puede contener eritrocitos.

La estructura nuclear tan delicada y la opacidad del citoplasma dificulta su visualización, sin embargo con una buena iluminación se puede observar la delicada zona cromática periférica y el cariosoma que no siempre es absolutamente central. La amiba suele confundirse mucho con grandes mononucleares y leucocitos. Quistes fácilmente visibles en material fresco, se distinguen por su apariencia clara, refringente y color gris verdoso, su tamaño de 10 a 15 micras, es posible visualizar las barras cromidiales en forma de huso en los quistes de E. Histolítica, pudiéndose contar ocasionalmente los nucleos hijos que en el quiste totalmente desarrollado son cuatro (tetrágena), estando extremados en pares (4, 7).

La forma vegetativa es muy frágil en el medio externo; las formas quísticas sin embargo, son muy resistentes y constituyen el medio de propagación al ser ingeridos. La E. Histolítica puede vivir en muchos órganos tales como: Hígado

do, Bazo, Cerebro, Piel, Riñón, Vagina, Vejiga, Utero, Testículo, Epidídimo, Ganglios Linfáticos; sin embargo, su medio habitual lo constituye el Colon y - parte Cecal del Ileon (3,4).

Ciclo evolutivo y métodos de reproducción: Los quistes deglutidos llegan sin transformación al intestino grueso, donde se permeabilizan, dando origen a una amiba tetranucleada, que posteriormente se transformará en ocho amibas hijas, nuevos trofozoítos que irán a atacar a la mucosa citolizándola -- por medio de una substancia o fermento proteolítico (según Wesphal y Manson Bahr), más la destrucción mecánica del parásito formará la ulceración; todo lo anterior se manifestará por o en edema, formación de fibrina, necrosis y - disolución de diversos grados, según sea el tejido invadido.

En el caso de la amibiasis vaginal es la llamada Infección Sistémica por Rogers, considerándola una verdadera septicemia. Los trofozoítos se multiplican por simple división.

En el estado Pre-quístico pierde el poder de invadir los tejidos. Los quistes nunca han sido encontrados en los tejidos, carecen de acción directa (4,7,21).

Hasta ahora la única fuente de contagio conocida es el ser humano infectado, ya en su forma manifiesta o como portador; este último es considerado como el medio más eficaz de contaminación y es sumamente difícil identificarlo y esto seguirá pesando sobre la incidencia de la Amibiasis.

Los diferentes modos de transmitirla estriban desde el contacto directo, coito contra-natura, en nuestro caso especial y se piensa en la existencia previa de una lesión tisular, que se considera ocurre con frecuencia en vulva y vagina; facilitando de esta manera la introducción del protozoario; todo lo anterior en países en vías de desarrollo tienen como denominador común, la mala higiene y la insalubridad de aguas y alimentos (11).

#### II-g. Patogenia, Sintomatología y formas Clínicas:

Watson en 1945, describió cuatro vías de entrada de la Amiba al aparato genital femenino. (10,11)

1ª- La directa, 2ª. por intermedio de una fistula hacia vejiga o vagina; 3ª. - Por ruptura de un absceso hepático amibiano hacia riñón y 4ª. Por vía sanguínea o linfática; de todas las dos últimas son sumamente raras y de las dos primeras, la número uno es la más frecuente.

Para otros autores (9); la patogenia se traduce a contaminación secundaria a amibiasis intestinal, como lo demuestran ciertos hechos tales como:

- a) El hallazgo de amiba histolítica en exámenes coprológicos;
- b) La frecuencia de coito vaginal precedido de coito rectal;
- c) Las precarias condiciones higiénicas;
- d) El abandono en las niñas; de parte de la madre en cuanto al aseo de sus hijas con manifestaciones diarreicas.

De tal manera que la mayoría de los autores consideran que , la primera localización se verifica en el tracto gastro-intestinal bajo; propagándose de allí por diferentes vías.

Las lesiones vulvo-vaginales y cervicales, definitivamente vendrán a facilitar y favorecer la localización de la amiba histolítica en el aparato genital femenino (10, 11).

La sintomatología hasta el momento, no ha podido estandarizarse, sin embargo, se describe como sintomatología predominante al frente de la cual está una leucorrea rebelde al tratamiento, hematurpúrenta fétida y la salida de material necrótico por genitales (3); sin olvidar claro que la mayoría de los pacientes presentarán disenteria o historia de ella con diarrea característica -- (tenesmo, dolor, esputo rectal mucosanguinolento, etc...). No hay que olvidar la descripción sobre todo en mujeres jóvenes, la descripción de una menstruación precoz, fétida y con pellejos (9), aunque se han reportado casos con leucorrea no sanguinolenta que debido a la falta de diagnóstico precoz, ocasiona las lesiones proteolíticas, por lo cual posteriormente se transforma en goteo vulvo-vaginal hemato-purulento.

Las formas clínicas variarán y es importante señalar el hecho de la rapidez de su evolución, principalmente en la localización vulvar, con invasión perineal y vaginal. En ella las lesiones son generalmente profundas, sangrantes, fungosas, vegetantes con exudado blanco sucio, grumoso, fétido (11), llegando hasta la expulsión de tejido necrótico, secreción hemato-purulenta, fácil sangrado al coito, igualmente al contacto con cualquier objeto en el área de la lesión. Así se encontrará amibiasis vaginal pura y amibiasis vaginal a--

sociada a otras entidades tipo neoplasia o lesiones de rascado, que hacen que la piel pierda su capa de células cornificadas que le sirven de protección; agregando a esto que algún proceso patológico que altere las condiciones físico-químicas cervico-vaginales disminuye sus defensas contra la infección independientemente de que se ha mencionado la posibilidad del fermento proteolítico elaborado por el protozoo, lo que viene a favorecer su introducción tisular (11).

#### II-h. Diagnóstico:

El diagnóstico definitivamente dependerá del conocimiento de la entidad y de la investigación cuidadosa que pueda hacerse de acuerdo a los medios o elementos de los que se pueda hacer uso.

1.- Clínico: Es necesario hacer notar que pensando en Amibiasis, será factible encontrar más casos (1), Así de esta manera a todas las enfermas con síndrome disentérico reciente, o con diarrea del tipo cecal, o alguna otra fenomenología amebiana y flujo de aspecto variable, se le hará estudios parasitológicos y citológicos; única manera del diagnóstico, ya que clínicamente es por demás difícil.

Existen casos referidos por la literatura (5, 16), donde fueron enviadas pacientes con impresión clínica de una Ca. ulcerado del cervix y el estudio de citología reportó el dato diagnóstico de amibiasis cervico-vaginal. La confusión entre amibiasis y cáncer es frecuente, pues las dos entidades presentan aspectos semejantes; debe emplearse en estos casos pruebas diagnósticas fáciles como lo sería la prueba de Schiller, un toque de Lugol sobre un cuello sano, hace que este tome --

un color rojo caoba; un cuello neoplásico no cambia su color (1, 17).

## 2.- Laboratorio y Anatomía Patológica:

Iniciar el estudio con un exámen en fresco de material tomado del -- cervix o del fondo de saco posterior vaginal, incluír pruebas diagnósticas, co-- mo la mencionada prueba del Lugol. Para llegar a un diagnóstico correcto -- de este padecimiento es necesario e indispensable el estudio bacterioparasitos-- cópico casi de rutina en toda enferma que consulte por flujo vaginal; así como el examen histopatológico de la biopsia de las lesiones genitales femeninas a-- parentes; esto concluyentemente nos llevará a diagnósticos precisos, evitando con ella las mutilaciones indebidas (11).

En términos generales, el diagnóstico de la amiba propiamente entra en el campo del especialista, ya que necesita especial conocimiento y habili-- dad para el diagnóstico por microscopía siendo este quizá un tanto subjetivo -- por el caracter mismo; no así el diagnóstico serológico, que aunque no es con-- firmativo de una amibiasis actual, es quizá más objetivo por su caracter cuan-- titativo; las reacciones son precisas y definidas en esta prueba; sin embargo, las puede haber debilmente positivas (4).

En la anatomía patológica, aunque macroscópicamente no puede de-- cirse que la amiba produzca lesiones genitales características, es importante señalar el hecho de la rapidez de su evolución, especialmente en la localiza-- ción vulvar, con invasión perineal y vaginal. En ellas las lesiones son gene--

ralmente amplias con tendencia a profundizarse. El estudio de la biopsia, mi-- crosópicamente revela un proceso inflamatorio difuso, con destrucción tisular en grado variable, haciéndose el diagnóstico definitivo por la presencia de trofo-- zoitos conteniendo muchas veces ertirocitos en su interior (3, 4).

## II. i Evolución, Pronóstico y Mortalidad.

Una vez demostrado e indentificado el agente causal se ha demostrado que la terapéutica antiamebiana clásica, es asombrosa la recuperación de los -- tejidos afectados, quedando en poco tiempo las mucosas genitales restituidas -- íntegramente (2,3). Siempre y cuando en toda entidad patológica la evolución de las diversas formas esta supe-- ditada a varios factores, tales como: microbia-- nos, Orgánicos y del medio ambiente.

El pronóstico en general es bueno por la respuesta tan rápida y efectiva al tratamiento, además de lograrse en las lesiones su "restitutio ad integrum" (11).

Craig cita algunos casos de desaparición espontánea de la amiba y cree que esto ocurre en un gran número de individuos, especialmente portadores sa-- nos (4, 21).

La mortalidad de la amibiasis en general y disentería en particular, os-- cilaba entre el 20 y 40% antes del uso de la emétina, droga que cambió com-- pletamente el carácter de la enfermedad, transformando el pronóstico; ahora -- bien cuando la amebiasis vaginal está asociada a otra entidad especialmente ti

po neoplásica, la sobrevida estará en torno a la ya establecida por la neoplasia misma, aunque de alguna manera tuviera que agudizar el episodio amibiásico.

## II. j Otras Complicaciones de la Amibiasis:

Relacionada directamente con la amibiasis vaginal, en un momento se le consideró precursora de la amebiasis del tracto urinario femenino.

Peritonitis y abscesos extra peritoneales; esto como una consecuencia lógica de la profunda penetración amibiana en la mucosa y submucosa, no siendo necesaria la perforación para que aparezca; Absceso Hepático.

El absceso del pulmón, considerado a veces de origen embólico, otras es por vía directa a través del diafragma, por lo que es más frecuente del lado derecho. El avance de la amiba en el pulmón produce una neumonía que supura rápidamente, formando el absceso, conteniendo sangre, material gelatinoso, amibas y leucocitos, este absceso generalmente se abre hacia los bronquios bajo forma de vómitos achocolatados; puede encontrarse pleuresía purulenta.

Flebitis y Arteritis; existen dos casos reportados (4), uno en Estambul y otro en el Ejército Oriental.

Dermatosis; que posiblemente al igual que la ameba se piensa muy poco de ella. Sin embargo, existe una clasificación de esta así:

1. - Las formas de extensión
2. - Por inoculación
3. - Dermatitis alérgicas o secundarias en amibiásicos crónicos.

En todos los estados dermatológicos, se ve favorecido el protozario por

las lesiones de rascado, que hacen botar de la piel, el estrato estratificado y permitirle así a la amiba su fácil penetración.

Abscesos cerebrales; localización en Bazo y Apéndice, se han descrito amibas también en los huesos pequeños, en los ganglios de ciertos casos de enfermedad de Hodgkin, en algunos huesos osteoartíticos. En 1925 Kofoid indicó el hallazgo de una amiba móvil en la cabeza reseca de un fémur atacada de artritis deformante y en los ganglios de tres casos de Hodgkin (4).

## II. k Tratamiento:

El tratamiento médico practicado hasta la fecha por todos los autores de los casos estudiados, es a base de Clorhidrato de Emetina a la dosis de un centígramo por kilogramo de peso corporal; repartiendo la dosis total en inyecciones de cuatro centigramos diarios por vía intramuscular; por un tiempo máximo de 10 días controlando datos clínicos y electrocardiográficos de falla cardíaca es la ideal, combinada con la Diodihidroxiquinoleína en comprimidos de 0.25 distribuido en cuatro tomas de dos comprimidos por tiempo que oscila entre 10 y 20 días hasta la curación de las lesiones; la respuesta es asombrosa (3, 9, 11).

Actualmente se está utilizando el Metronidazole a dosis de 750 mgs. 3 veces al día por vía oral; hasta el momento no se ha publicado nada sobre el uso tópico, que a criterio personal tiene su utilidad. Se ha usado localmente soluciones yododuradas tipo lugol en irrigaciones y alguna pomada con vioformo (11).

Además del tratamiento médico; está el tratamiento combinado médico-quirúrgico, según sea la complicación y en otros casos se ve la combinación de tratamiento médico-radioterápico-quirúrgico, como en el caso de neoplasias.

La Emetina descrita en 1817 por Pelletier, es en realidad una combinación de emetina, Cephaelina y psychotrina, de los que la primera es el alcaloide más eficaz. Vedder en 1912, demostró sus propiedades in vitro, matando ambas con soluciones al 1 X 100,000, sugirió su empleo y fue Rogers en 1912 el primero en usarla con buenos resultados.

Craig aconseja limitar a la administración cutánea (Sub-cutánea) de esta droga, vía que es mucho menos dolorosa y tan eficiente como cualquier otra. Tiene poder tóxico y acción acumulativa, por lo que no hay que sobrepasar las dosis normales; puede ocasionar cambios degenerativos en músculos, especialmente corazón (paro violento, arritmia por miocarditis; dolores musculares, debilidad, diarrea, náusea y gran postración). En niños debe ser usada muy cuidadosamente y en edad arriba de los ocho años.

Y en general existe gran variedad de tratamientos con diversas drogas, combinándolas; sin embargo no entramos en mayores detalles, porque consideramos salirnos en demasía.

### III. MATERIAL Y METODOS

La muestra de población analizada en el presente estudio, se integró por 105 pacientes de primera consulta, que acuden al servicio externo de Ginecología del Hospital General "San Juan de Dios"; interesándonos aquellas pacientes cuyo motivo de consulta fuera Leucorrea y que en ningún momento de su vida hubiesen tenido tratamiento.

En ellas se investigó, como parte de la observación: Edad, Paridad, Ritmo menstrual, tiempo de evolución del síntoma y características de este, antecedentes de episodios diarreicos, etc. etc..

Posteriormente se procedió a efectuar exámen físico general de cada paciente, exámen ginecológico para establecer características y cambios que pudieran existir en la mucosa vaginal y/o cervix uterino, seguidamente se tomaron las diferentes muestras que nos servirían para el estudio; haciéndolo de la manera siguiente:

A. En posición de litotomía, separación de labios mayores e introducción de espéculo bivalva, estéril en la parte anterior de la vagina, poniendo al descubierto cérvix y fondo vaginal posterior.

B. Se tomó aproximadamente 1 cc. de la secreción acumulada en el fondo de saco vaginal posterior directamente con la valva inferior del espéculo, depositando la muestra en fijador APV (mezcla de un fijador y una resina hidrosoluble).

Con las muestras así conservadas, después de una homogenización rápida y precisa de tal manera que los elementos a investigar conservaran sus características morfológicas.

Posteriormente se colocó una gota del material ya fijado sobre porta objetos de vidrio, extendiéndola sobre el mismo con rapidez (evitando de esta manera el embadurnamiento); se deja secar completamente (por lo menos 3 hrs. a 37°C.), después de la desecación se efectuó la tinción mediante el procedimiento de coloración tricrómica de Wheatley, que es un procedimiento rápido, muy sencillo y con resultados interesantes. La relación que se mantuvo entre muestra de descargo y APV fue de 1:2 (expresado en cc.).

La preparación del colorante Tricrómico se efectuó en el laboratorio del Hospital privado Herrera Llerandi, donde se efectuó el estudio microscópico. El colorante Tricrómico está compuesto por una serie de sustancias químicas: Cromotrope 2R 0.6 gs; Verde claro SF. 0.15; Verde brillante FCF 0.15 g; Acido fosfotungstíco 0.7 g; Acido acético cristalizabile 1.0-gm<sup>3</sup> y agua destilada 100 cm<sup>3</sup>. Toda la mezcla anterior da un color púrpura.

Método de coloración de las preparaciones:

- 1. - Alcohol al 70% + Iodo 10 Minutos
- 2. - Alcohol al 70% (1er. baño) 3 a 5 minutos
- 3. - Alcohol al 70% (2do baño) 3 a 5 minutos
- 4. - Colorante Tricrómico 6 a 8 minutos
- 5. - Alcohol al 90% acidificado 10 a 20 minutos o hasta que  
(1 gota de ácido acético crist. en  
10 cm<sup>3</sup> de alcohol) que el colorante no gotee casi.

- 6. - Alcohol al 95% 5 minutos
- 7. - Carbol-Xileno 5 a 10 minutos
- 8. - Xileno 10 minutos
- 9. - Colocar un cubre objetos y pegar lámina y laminilla como de costumbre (con bálsamo de Canadá).  
Ver a inmersión.

- C. Se tomó Papanicolau en 15 pacientes de las 105, las cuales presentaban erosión cervical o bien aumento e irregularidad del mismo.
- D. Se ordenó examen de heces en cada uno de los casos.
- E. Se tomaron dos biopsias cervicales por la fuerte sospecha de Ca. del Cervix.

IV. RESULTADOS Y COMENTARIO

Los resultados esperados para el método tricrómico era: El citoplasma de los trofozoítos y de los quistes de *E. histolytica*, bien fijados y coloreados, es azul verdoso, teñido de púrpura. Los cariosomas se tiñen de rojo rubí brillante, mientras que el fondo, generalmente verde, contrasta claramente con los protozoos. Puede existir el hecho que algunos quistes no se colorean, mientras que otros son de rojo intenso, esto regularmente es debido a una fijación imperfecta. Los teñidos del tricrómico tienen una calidad de transparencia que permite identificar los protozoos sumergidos en la masa.

La causa de error en la insuficiencia coloración de elementos de las muestras APV, es índice casi siempre de una fijación incompleta, debida a una emulsión defectuosa; en el caso del presente trabajo fue bastante dificultoso esto debido a la pronta precipitación de la muestra de descargo, posiblemente por su gran contenido proteico.

Se examinaron 105 exudados vaginales, obteniendo los siguientes resultados.

CUADRO No. 1.

RESULTADOS DEL FROTE DE SECRECION VAGINAL, VISTO EN FRESCO AGREGANDO A LA MUESTRA HIDROXIDO DE SODIO Y SOLUCION SALINA. (Realizado en el Servicio Externo de la Sección de Ginecología).

AGENTE ETIOLOGICO:	No. DE CASOS:	PORCENTAJE:
Tricomona	43	40.96
Cándida Albicans	13	12.38
Cocos Gram Positivos	10	9.52
Cocos Gram Negativos	1	0.95
Mixta	9	8.57
Inespecifica	29	27.62
T O T A L :	105	100.00%

CUADRO No. 2.

RESULTADO DEL ESTUDIO MICROSCOPICO DE LAS MUESTRAS APV TEÑIDAS CON EL METODO TRICROMICO DE WHEATLEY.

AGENTE ETIOLOGICO:	No. DE CASOS	PORCENTAJE:
Tricomona	61	58.09
Inespecífico	44	41.91
Ameba Histolítica	00	00.00
T O T A L :	105	100.00

CUADRO No. 3.

RESULTADO DE CITOLOGIA DE LAS 15 PACIENTES A QUIENES SE LES EFECTUO ESTUDIO DE PAPANICOLAU POR IRREGULARIDAD DEL CERVIX.

Dx. de Anatomía Patológica:	No. de Casos:	Porcentaje:
Inflamación Severa Inespecífica	4	26.7
Tricomoniasis	9	60.0
Categoría de Cáncer Negativo	2	13.3
T O T A L :	15	100.0

CUADRO No. 4.

RESULTADO CITOLOGICO DE DOS BIOPSIAS CERVICALES TOMADAS EN PACIENTES DEL PRESENTE ESTUDIO, CLINICAMENTE Dx. CA. - CERVIX UTERINO

Dx. de Anatomía Patológica:	
Inflamación Inespecífica	1 Caso
Ca. Invasivo del Cervix	1 Caso

En las pacientes en que se diagnóstico Tricomoniasis mediante la técnica de Papanicolaou; dicho diagnóstico se había efectuado en microscopía en fresco y mediante el método tricrómico.

En la mayoría de las pacientes que consultaron, vivían en etapa sexual activa; todas pertenecían a la época fértil.

CUADRO No. 5.

EDAD:	No. de Casos:
0 - 9 años	0
10 - 19 años	9
20 - 29 años	47
30 - 39 años	28
40 - 49 años	19
50 - 59 años	2
TOTAL:	105

La paciente de menor edad fue de 15 años y la de mayor edad de 53 años.

El 11% de las mismas era post-menopáusicas.

Todas las pacientes tenían más de 15 días de evolución de presentar --

descarga vaginal y 18 de ellas tenían más de 10 años de evolución.

En el 48% de los casos, las pacientes agregado al descargo vaginal, referían prurito vulvar; el 7% ardor vulvar y el 4% prurito y ardor asociado.

En dos casos fue referida leucorrea hematopurulenta, llegando a comprobarlo en un sólo caso, el Diagnóstico por microscopía fue Tricomoniasis Vaginal.

El resultado del examen de heces fue como lo demuestra el siguiente cuadro.

CUADRO No. 6.

AMEBA HISTOLITICA	5 Casos*
ASCARIS	10 Casos
TRICOCEFALOS	8 Casos
ASCARIS-TRICOCEFALOS	3 Casos
GIARDIA LAMBLIA	2 Casos
NEGATIVO	77 Casos
TOTAL:	105 Casos

\* = Cuatro portadores sanos y un caso con molestias gastrointestinales (Diarrea, pujo, tenesmo y esputo rectal sanguinolento). Este último caso tuvo tres exámenes en fresco positivos, para amebas y fue referida a consulta externa de Medicina del Hospital General "San Juan de Dios" para su estudio y tratamiento.

Después de haber realizado la revisión de Amibiasis vaginal en la literatura mundial, consideramos que esta existe, pero es sumamente rara, y el número de casos contemplados en el presente estudio es sumamente pequeño para considerarla como representativa y concluir afirmando la existencia de amibiasis vaginal en nuestro medio, creo sea bastante riesgoso y aventurado.

## V. CONCLUSIONES.

1. - La amibiasis puede ser considerada como una enfermedad general, con una etapa septicémica, por lo tanto de localizarse en cualquier sistema ú órgano del cuerpo humano.
2. - Se ha encontrado la localización amibiana en los genitales femeninos, especialmente cervico-vaginal, y en nuestra opinión que su presencia puede ser establecida en Guatemala, teniendo presente su existencia, posiblemente algunos casos han pasado inadvertidos entre nosotros, que mediante un estudio más detenido pueda determinarse.
3. - El antecedente disentérico, la presencia de ameba en el examen coprológico o el éxito del tratamiento, por las drogas antiamebianas, no son factores siempre presentes e infalibles y su ausencia no basta para negar una amibiasis atípica.
4. - Se insiste mucho en la literatura revisada, la frecuencia de procesos colíticos previos a las manifestaciones genitales.
5. - Es sumamente importante hacer el diagnóstico oportuno, valiéndose del examen directo, el cultivo y la biopsia.
6. - El mecanismo de contaminación más frecuente es el directo y se cree que la existencia previa de cualquier lesión tisular en vulva y vagina, favorece la introducción del protozooario.
7. - La sintomatología no es característica, ni la exploración macroscópica de

- las lesiones y sólo el hallazgo del trofozoito mediante citología o microscopía, permite el diagnóstico correcto.
8. - No es suficiente un sólo examen del descargo vaginal, tanto microscópico como citológico; debe efectuarse biopsia de las lesiones ulceradas localizadas.
  9. - La localización más frecuente de la amibiasis genital femenina, es cervical, seguida de la vulvar, con sus variantes vulvo-vaginal y vulvo-perineal.
  10. - En todo descargo vaginal, el prurito es el síntoma que predomina acompañándola; esto se observa más frecuentemente en pacientes en etapa fértil de la vida.
  11. - La citología exfoliativa es un buen método diagnóstico para las lesiones ulceradas del cérvix, las cuales no siempre serán formaciones neoplásicas.
  12. - El método tricrómico es casi exclusivo para el diagnóstico de protozoarios, su técnica es fácil y los resultados sorprendentes.
  13. - Existen marcados factores causales en la patogenia de la amibiasis vaginal, el estado inmunológico del huésped, la patogenicidad del protozooario, las malformaciones anatomofuncionales (fistulas), los hábitos higiénicos y sexuales inadecuados (coito contranatura).
  14. - Ciento cinco casos analizados, creo insuficiente para el diagnóstico; debe seleccionarse los casos a investigar.

- 15- Sí existe la amibiasis vaginal en Guatemala, pero desafortunadamente no se han reportado.
- 16- El hallazgo patológico que en la literatura pareciera el de mayor incidencia, sumado a la amibiasis es el Ca. del Cervix.
- 17- El tratamiento será sistémico como cualquier caso de amebiasis extraintestinal.

#### VI. RECOMENDACIONES.

- 1.- Efectuar un estudio detenido y detallado en toda mujer que presente amibiasis intraintestinal para poder, establecer la incidencia de la misma y su relación que pudiera existir con la secreción vaginal.
- 2.- Efectuar estudio de Papanicolau de rutina previo a cualquier tratamiento ginecológico mutilante.
- 3.- Recurrir a métodos especializados para mejores y nuevos diagnósticos.
- 4.- Solicitar el reporte de los casos que en Guatemala hayan tenido eminentes especialistas.
- 5.- Recordar la entidad para poder diagnosticarlas y efectuar estudios seriados en aquellos casos sugestivos para confirmación y reporte.
- 6.- Investigarla en mujeres niñas.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1.- Acevedo, A. Et al. 3 cases of cervix uterine amebiasis. Rev Med Hosp. Gen (Mex.) 26:185-93, Mar. 1963.
- 2.- Acevedo Olvera, A. et al. Cervico uterine amebiasis. Rev Inst Med. Trop S. Paulo 4: 338-40, Sept-Oct. 1962.
- 3.- Ahued Ahued, J.R. et al. Genital amebiasis. Ginec Obstet Mex. 30:557-66, Nov. 1971.
- 4.- Aycinena y Echeverria, Juan. Sobre las diversas localizaciones de la infección amibiana en las vías urinarias. Tesis. Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Mayo 1940.
- 5.- Barahona, José M., Serpas Olmedo Marta y Rousselin de Flores M. Lesiones cervico-vaginales no neoplásicas diagnosticadas por citología. Material Informativo de la ERCECAP? s. n. t. \*
- 6.- Braga, C.A. et al. Amoebiasis of the cervix and vagina. A report of two cases. J. Obstet Gynec Brit Comm 71: 299-301, Apr. 1964.
- 7.- Brown, Harold W. y Belding, David L. Parasitología clínica. Trad. al español por Roberto Folch Fabre y Hugo Arechiga. 2a. ed. México, Ed. Interamericana, 1967.
- 8.- Crotzer, M. C. Relationship of amebiasis to obstetric gynecologic complaints. J. Florida Med Ass 54:562-3, June 1967.
- 9.- Duarte Contreras, A. et al. Amebiasis in the girl and in adult women. Rev. Colombia Obstet Ginec. 18:107-9, Mar-Apr. 1967.
- 10- Fentanes de Torres, E. et al. Amebiasis in the female urogenital tract. Rev Inst Nac. Cáncer (Mex) 21: 654-6, Jun. 1969.
- 11- García Barbosa, J.L. Female genital amebiasis. Ginec. Obstet Mex. 20:715-20, Jul.-Aug. 1965.
- 12- Gogoi, M. P. Amebiasis of the female genital tract. Amer J. Obstet. Gynec. 105:1281-2, 15 Dec. 1969.

- 13- Hingorani, V. et al. Amebiasis of vagina and cervix. J. Int. Coll Surg. 42:662-7, Dec. 1964.
- 14- Jiménez Velasco, D. et al. Amebiasis of the penis. Presentación of case Rev. Mex. Urol. 24:527-34, Sept-Oct. 1965.
- 15- Mc Clatchie, S. et al. Am oebiasis of the cervix uteri. Ann Trop Med Parasitol. 65:207-10, Jan. 1971.
- 16- Munguia, H. et al. Diagnosis of genital amebiasis in women by the -- standard Papanicolau technique. Amer J. Obstet Gynec 94:181-8, 15 Jan 1966.
- 17- Novak, E. R. Tratado de ginecología. Trad. al español por Alberfo Folch y Pi. 8a. Ed. México, Ed. Interamericana, 1971. pp. 625-628.
- 18- Quevedo Mendizabal, A. et. al. A. case amebiasis of the penis. Medicina (Mex). 43:240-3, May 1963.
- 19- Ramos, S.F. et al. Cutaneous and genital amebiasis. An Inst. Med. Trop (Lisboa) 21:161-80, Jan-Jan 1964.
- 20- Romeiro, F.B. et al. Amebiasis of the colon, uterus and vagina. Hospital (Rio) 72:151, Jul. 1967.
- 21- Tratado de medicina interna de Cecil-Loeb. Ed. por Paul B. Beeson y -- Walsh McDermott. Trad. al español por Alberto Folch y Pi. 12a. -- ed. México, Ed. Interamericana. 1968. pp. 349-353.

Vo. Bo.

  
Ruth Ramirez de Amaya  
Bibliotecaria.

BR. HOMERO ILDEFONSO DE LEON MONTENEGRO

Dr. JULIO DE LEON MENDEZ  
Director de Fase III.

DR. RODOLFO ROBLES HERRERA  
Asesor.

DR. MARIO VILLANUEVA  
Revisor.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD R.  
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.  
Decano.