

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"AMEBIASIS DEL APARATO GENITAL FEMENINO"

(Reporte de 8 casos del Hospital General San
Juan de Dios e Instituto de Cancerología)

JULIO ROBERTO CHICARA VASQUEZ

GUATEMALA, JUNIO DE 1978

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. ANATOMIA DE GENITALES FEMENINOS
- III. ORIGEN Y CARACTERES DE LAS SECRECIONES NORMALES VAGINALES
- IV. AMEBIASIS GENITAL
 - a. Generalidades y etiología
 - b. Sintomatología
 - c. Diagnóstico diferencial
 - d. Laboratorio:
 1. Frote en fresco
 2. Frote con la técnica de Papanicolaou
 3. Biopsia
 - e. Tratamiento
 - f. Curso y pronóstico
- V. REVISION DE CASOS
- VI. CONCLUSIONES
- VII. RECOMENDACIONES
- VIII. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La secreción vaginal es normal cuando no está asociada a gérmenes infecciosos o parasitarios, ya que el bacilo de Döderlein, huesped normal de la vagina, desempeña importante papel en el mantenimiento de la acidez que caracteriza a esta secreción, la que generalmente pasa desapercibida por la mujer; también influye la estimulación hormonal durante el ciclo menstrual.

Son muchas las causas que provocan leucorrea, lo cual es debido a infecciones de diversa etiología a saber: hongos, bacterias, parásitos, etc.

Desde hace muchísimos años, las secreciones vaginales han sido causa de muchos problemas en las mujeres, así como de un problema diagnóstico para el médico en algunos casos. Actualmente se cuenta con diversos métodos de laboratorio para investigar las causas de leucorrea, tales como frote en fresco con solución salina, frotos con coloración de gram, frotos cervicovaginales o Papanicolaou, cultivos para aerobios y anaerobios, etc., aunque debe tenerse en consideración que el médico debe conocer ciertas características de cierto tipo de leucorrea para tener un diagnóstico presuntivo.

Las afecciones vaginales han aumentado considerablemente en los últimos años, debido a múltiples causas entre las que hay que tener presente la Amebiasis Genital, aun cuando la incidencia de ésta es baja. La literatura mundial reporta muy pocos casos lo cual dificulta su estudio. A pesar de esto, en éste trabajo se darán algunos síntomas y signos que pueden ayudar a hacer un buen diagnóstico, aunque en la mayor parte de los casos se encontró el trofozoíto o quiste de Entamoeba Histolytica por medio de frote cervico-vaginal o Papanicolaou. En nuestro medio la amebiasis intestinal es bastante frecuente debido a malos hábitos alimenticios, higiénicos y nutricionales, no así la amebiasis en genitales femeninos, pero ésta debe considerarse siempre en e

diagnóstico diferencial de leucorrea.

II. ANATOMIA DE GENITALES FEMENINOS

Se hará mención solo a los genitales externos e internos no tomando en cuenta a las estructura de sosten.

A. Genitales Externos:

Los genitales externos (a los que también se les llama Pudendum o Vulva), están formados por:

1. Monte de Venus
2. Labios Mayores
3. Labios Menores
4. El Clítoris
5. El Vestíbulo
6. El Meatro Uretral
7. Las Glándulas de Skene (Glándulas Parauretrales)
8. Las Glándulas de Bartholin (Glándulas Vulvovaginales)
9. El Himen
10. La Horquilla
11. El Cuerpo Perineal
12. Fosa Navicular

Todas las formaciones anteriores son visibles a la exploración externa.

1. Monte de Venus:

Es una prominencia producida por depósito de tejido adiposo, situada por delante de la sínfisis pubiana y que se desarrolla a partir del tubérculo genital. No es un órgano, sino tan solo una región o punto de referencia. Está cubierto de vello rígido y oscuro que aparece temprano en la pubertad. En el período de la vida reproductiva, el vello púbico es abundante, pero después de la menopausia se vuelve escaso. En la mujer

normal su configuración es típica: forma un triángulo de base superior, en contraste con el triángulo de base inferior típico en el hombre.

Histología: La piel del Monte de Venus contiene glándulas sudoríparas y sebáceas. La cantidad de tejido adiposo subcutáneo está condicionada por factores nutricionales y posiblemente hormonales.

Inervación: Los nervios sensitivos de la región son el abdominogenital menor y el genitocrural.

Irrigación Sanguínea y Linfática: La circulación se realiza por medio de ramas de la arteria y vena Pudendas Externas. Los linfáticos están comunicados con los Vulvares y Superficiales del Abdomen.

2. Labios Mayores:

En la mujer adulta representan las formaciones más prominentes de los genitales externos. Se originan de las prominencias genitales que se extienden hacia abajo y atrás a partir del tubérculo genital. Son dos repliegues cutáneos longitudinales, elevados y redondeados, que se originan en el cuerpo perineal, de donde se extienden anteriormente, por fuera de los labios menores, y se unen en el Monte de Venus. Ambos están adosados en la mujer nulípara, pero tienden a separarse con los partos sucesivos, y en la mujer de edad se adelgazan y sus vellos son escasos. La piel en la cara externa de los labios son gruesas y con frecuencia pigmentada, y está cubierta por vellos similares a los del Monte de Venus. La piel de la cara interna es delgada, fina y carece de vello.

Histología: Están constituidas por tejido conjuntivo y areolar, con múltiples glándulas sebáceas. Son homólogas del escroto. Subcutáneamente se extiende una fascia delgada que es el

Dartos de la mujer. Los ligamentos redondos del útero pasan a través del conducto de Nuck, para terminar en una inserción fibrosa en la porción anterior y superior de los labios mayores.

Inervación: En su porción anterior, los labios mayores están inervados por el Abdominogenital Menor y el Pudendo Interno. Lateral y posteriormente la inervación procede del Ciático Menor.

Irrigación: Los labios mayores están irrigados por la Arteria Pudenda Interna que es rama anterior de la Iliaca Interna (Hipogástrica), y por la Pudenda Externa (rama de la arteria Femoral). El retorno venoso es por las venas Pudendas Externa e Interna.

3. Labios Menores:

Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, situados entre los labios mayores y el introito vaginal. Normalmente los labios menores están adosados entre sí en las nulíparas disimulando el orificio vaginal. Derivan de los pliegues cutáneos que se encuentran por el clítoris en desarrollo. Posteriormente se unen por la horquilla, y en su extremo anterior cada labio se divide dando un pliegue interno que se fusiona con el opuesto correspondiente, para formar el frenillo del clítoris, y otro extremo para dar lugar al prepucio del clítoris. La cara externa y el borde anterior de los labios menores están habitualmente pigmentados. Su cara interna es rosada y húmeda, semejando la mucosa vaginal.

Histología: En los labios menores no se encuentran folículos pilosos ni glándulas sudoríparas. Sin embargo las glándulas sebáceas son numerosas.

Inervación e Irrigación: La inervación de los labios menores tienen lugar por el abdominogenital menor, el pudendo

interno y el hemorroidal. Los labios menores no son en realidad eréctiles, pero su rica vascularización permite una turgencia marcada en los estímulos emocionales o físicos. La circulación se realiza por las arterias Pudendas Externa e Interna.

4. Clítoris:

El clítoris es el homólogo del pene; mide de 2 a 3 cm. y tiene una localización media, un poco anterior al meato uretral. Está constituido por dos cuerpos eréctiles, fijos al periostio de la sínfisis, y por una estructura diminuta parcialmente cubierta por los labios menores, que es el glande (glans clitoridis). Esta abastecido abundantemente por terminaciones nerviosas sensoriales.

Inervación e Irrigación: Esta provisto de una rica inervación sensitiva. Los nervios Hipogástrico y Pudendo Interno, como el simpático pélvico, le proporcionan numerosas terminaciones. La irrigación se hace por ramas de la arteria y vena Pudendas.

5. Vestíbulo y Meato Uretral:

El área triangular que se encuentra entre los labios menores hacia la parte anterior en donde se abre la uretra es el Vestíbulo. Está cubierto por un delicado epitelio escamoso estratificado. El meato urinario ofrece el aspecto de una hendidura anteroposterior o de una V invertida. Está cubierto por un epitelio transicional como la uretra, la mucosa vascular del meato protrude o se evierte con frecuencia lo cual hace que aparezca más roja que la mucosa vaginal vecina.

Inervación e Irrigación: El vestíbulo y la uretra terminal están inervados por el Pudendo e irrigados por la arteria y vena Pudendas.

6. Glándulas de Skene:

Dentro de la uretra en la proximidad del meato urinario, existen posterolateralmente dos orificios correspondientes a los conductos tubulares poco profundos de las glándulas de Skene. Estos conductos están cubiertos por células transicionales y representan el equivalente de las numerosas glándulas masculinas.

Irrigación: La arteria y vena Pudendas son las encargadas de irrigar las glándulas de Skene, como también el vestíbulo y el meato uretral.

7. Glándulas de Bartholin:

Inmediatamente por fuera del hímen, y a la mitad de la altura del orificio vaginal, existen dos pequeñas aberturas a uno y otro lado. Ambas se comunican por un conducto estrecho de 1 a 2 cms. de largo con una pequeña glándula mucosa aplanada, situada entre el labio menor y la pared vaginal. Estas glándulas vulvovaginales o de Bartholin son homólogas a las glándulas de Cooper en el hombre. Sus conductos están revestidos por epitelio transicional.

Ramas de la arteria, vena y nervio Pudendos Internos, estan destinadas a las glándulas de Bartholin.

8. Hímen:

El hímen es una membrana circular o falciforme, situada por dentro y muy próxima de los labios menores, y que señala la entrada de la vagina. Este tabique moderadamente elástico ocluye parcial o, en raras ocasiones, totalmente el canal vaginal. El hímen está constituido por dos caras cubiertas de epitelio que encierran un tejido fibroso vascular intermedio.

Los vasos arteriales y venosos y los nervios del hímen

pertenecen a los troncos Pudendos y Hemorroidales Inferiores.

B. Genitales Internos:

1. Vagina:

Es un canal muscular delgado, parcialmente colapsado y rugoso, que mide de 8 a 10 cms. de largo y con un diámetro aproximado de 4 cms. Se extiende del introito al fornix siguiendo una curva hacia arriba y hacia atrás a partir de la vulva. El cérvix protruye varios centímetros en la porción superior de la vagina dando lugar a unos recesos, los fórnix. Siendo el labio cervical posterior más largo que el anterior, resulta el fondo de saco vaginal posterior más profundo que el anterior.

La vagina ocupa un espacio intermedio entre la vejiga y el recto, y se encuentra sostenida principalmente por los ligamentos cervicales, transversos (Ligamentos Cardinales, Ligamentos de Mackenrodt) y por los músculos elevadores del ano.

El peritoneo del fondo de saco retrouterino (Bolsa de Douglas) y el fondo de saco vaginal posterior, se corresponden en la porción más alta de este último, lo que representa un detalle de importancia quirúrgica.

Histología; La vagina esta revestida por un epitelio escamoso poliestratificado que es grueso y tiene pliegues transversales en la mujer nulípara. Muchas de estas rugosidades se pierden con los partos repetidos y después de la menopausia. Normalmente no existen glándulas en la vagina.

Inervación e Irrigación: Los nervios de la vagina proceden del Pudendo Interno, del Hemorroidal y del Plexo Hipogástrico. La arteria vaginal, rama de la Hipogástrica, irriga a la vagina en gran parte, pero también recibe ésta, ramas de la vesical inferior, de la hemorroidal media y de la Pudenda Interna. Las venas

vaginales drenan a las venas Pudendas, a las hemorroidales externas y a las uterinas. El drenaje linfático de la porción inferior de la vagina se dirige a los ganglios linfáticos inguinales superficiales, el de la porción superior deriva a los ganglios linfáticos ilíacos externos e hipogástricos. Estas anastomosis tienen importancia para la propagación de las infecciones vulvovaginales y del cáncer.

2. Cérvix

El cérvix del útero fuera de la gestación es de forma cónica y moderadamente firme, de dos a cuatro cms. de largo y de un diámetro externo aproximado de 2.5 cms. Un conducto central fusiforme intercomunica a la cavidad del cuerpo uterino con la vagina. Casi la mitad del cérvix es supravaginal, y está anteriormente en íntima relación con la vagina. La mayoría de las formaciones cervicales provienen de las laceraciones obstétricas. El orificio externo del cuello, que es inicialmente redondo, con un diámetro inferior de 1 cm. puede tornarse muy amplio a consecuencia de dichos desgarros. Aún en ausencia de deformaciones, es costumbre referirse a un labio anterior y a otro inferior del cérvix. El cuello está sostenido por los ligamentos uterosacros y los ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales ligamentos de Mackenrodt).

Histología: La porción vaginal del cérvix está recubierta por células escamosas estratificadas que usualmente terminan un poco arriba del orificio cervical externo. Las innumerables hendiduras que otorgan al cérvix una apariencia de panal al corte transversal, antes se suponían glándulas. Actualmente son consideradas como el resultado de repliegues de la membrana secretoria. Las fibras musculares del cuello se disponen en forma circular y están en relación con el resto del miometrio uterino.

INERVACION E IRRIGACION:

La inervación del cérvix se hace a través de los nervios sacros 2o, 3o y 4o. del plexo simpático pélvico. La arteria y la vena cervical son ramas principales de la circulación uterina y representan las vías de riego fundamentales del cérvix.

CUERPO Y FONDO DEL UTERO

El útero es un órgano musculoso con una cavidad central estrecha situada profundamente en la pelvis verdadera entre la vejiga y el recto. Está conformado como una pera invertida. El útero ingravido de la mujer adulta mide aproximadamente 7-8 cm. de longitud y 4 cms. en su diámetro más grande. Las trompas de Falopio se unen en ambos lados del útero, aproximadamente en la porción del tercio medio con el superior de la longitud uterina. La porción situada por encima de las terminaciones tubarias se denomina fondo del útero, por debajo de la inserción, se halla el cuerpo uterino, el cual se continúa hacia abajo, con el segmento supravaginal del cérvix. En la mujer nulípara el cuerpo y el cérvix uterinos se dirigen hacia adelante, formando casi un ángulo recto con el eje longitudinal de la vagina, pero en 25 a 35o/o de las mujeres se encuentra el útero retrovertido o retroflexionado. Exceptuando la porción anteroinferior que está cubierta por la vejiga, el cuerpo del útero está cubierto por peritoneo.

Sostienen el útero: (1) los ligamentos redondos musculosos (ligamentom teres) que originan lateralmente en el fondo uterino y terminan en los labios mayores, (2) los ligamentos anchos, pliegues peritoneales amplios que barren lateralmente de ambos lados del cuerpo uterino a las paredes laterales de la pelvis. (3) los ligamentos uterosacros, estructuras fibrosas originadas en el istmo, que se insertan en el periostio del sacro, (4), ligamentos cervicales transversos (ligamentos cardinales, ligamentos de Mackenrodt), (5) los músculos elevadores del ano.

Histología: La pared uterina está principalmente constituida por fibras musculares lisas, y que particularmente son gruesas en el fondo uterino. Esta red muscular se encuentra perforada por los vasos que la irrigan. La cavidad del útero es pequeña y está revestida por el endometrio, que prolifera, sangra, descama y se regenera periódicamente durante la vida productiva.

Inervación: Los impulsos nerviosos aferentes que llegan al útero, lo hacen a través de S2-S4. Los impulsos aferentes alcanzan el sistema nervioso central, siguiendo las raíces posteriores de T5-T12, L1 y S2-S4, y conducen estímulos simpáticos.

Irrigación: La circulación uterina se deriva de las arterias y venas uterinas y ovaricas.

Linfáticos: El drenaje linfático del útero se dirige hacia los ganglios: (1) ilíacos, (2) aórticos, (3), sacros, y (4) inguinales. Sin embargo, los linfáticos del útero y de los órganos vecinos se entrelazan permitiendo así un flujo en avance y retroceso.

3. Trompas de Falopio:

Las trompas de falopio son un par de conductos delgados que miden de 10-12 cms. de longitud y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuernos uterinos de donde siguen una dirección posterolateral y se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios. El diámetro del conducto varía entre 1 y 2 mm., en los extremos, y en su porción media puede alcanzar más del doble. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga (fimbria ovarica) que mantiene la proximidad de ambos.

Histología: Las trompas tienen dos capas de fibras musculares lisas: una externa, delgada, longitudinal, y otra

profunda, circular. Su mucosa (endosalpinx) es un epitelio cuboide semejante al endometrio, pero con estroma más escaso. El endosalpinx se caracteriza por su gran número de finos repliegues longitudinales, más abundantes en su mitad distal. Las trompas están envueltas por un repliegue peritoneal, el mesosalpinx, una porción del ligamento ancho del útero. A los oviductos se le reconocen diferentes segmentos. Su extremidad distal, que comunica a la cavidad peritoneal por un orificio minúsculo (ostium peritoneal o abdominal), posee franjas (fimbrias) y es casi eréctil cuando está turgente. La cavidad de los 2-3 cms. distales de los oviductos se conoce como infundibulo por su forma parecida a un embudo.

El infundibulo se continua con un segmento ensanchado de 6 a 8 cms., que es la ampolla. De esta a la pared uterina se estrecha el conducto, por lo cual se designa a esta porción istmo, y mide de 1 a 2 cms. El segmento intrauterino, llamado intersticial tiene 1 cm. de longitud aproximadamente y es la porción tubárica de luz más reducida (1 mm.)

Inervación e Irrigación: La inervación de los oviductos es similar a la del útero. Las porciones proximales de las trompas toman su irrigación de la arteria uterina; las porciones distales lo hacen mediante la uterina y la ovárica. El drenaje sanguíneo se hace por las venas del mismo nombre.

Las vías linfáticas de la ampolla se dirigen por el mesosalpinx y el ligamento ancho a los ganglios hipogástricos e ilíacos. El istmo y el infundibulo drenan a los sistemas linfáticos del útero y de los ovarios.

4. Ovarios

Los ovarios o gónadas femeninas son un par de órganos ovoides, aplanados, sólidos, blanquecinos, con dimensiones aproximadas de 1.5 cm. X 3 cm. X 3.5 cms., localizados en la

pelvis verdadera. En la nulípara guardan una posición casi vertical y están contiguos al peritoneo de la pared lateral pélvica, en una depresión suave que es la fosa ovárica.

Esta pequeña excavación está limitada: (1) hacia adentro por el cordón fibroso correspondiente a la arteria umbilical obliterada, (2) a los lados el ureter y los vasos uterinos, y (3) hacia abajo, por el nervio obturador y sus vasos satélites. El pabellón tubario se enrosca y cubre habitualmente el extremo superior del ovario.

El ovario se encuentra suspendido entre el útero y la pared lateral de la pelvis, por el mesovario que pertenece a la aleta posterior del ligamento ancho. El mesovario no rodea o cubre el ovario, sino que se funde con su capa epitelial superficial. También está en relación con el útero por el ligamento uteroovarico que es una banda fibrosa que corre en el espesor del ligamento ancho.

Histología: El ovario está constituido por una corteza que contiene las células germinativas y una medula vascular. La corteza o capa periférica del ovario representa de un tercio a la mitad del grosor del órgano y está recubierta por una capa única de células cuboides, el llamado epitelio germinal. El estroma cortical está compuesto de células fusiformes o avenadas que rodean a numerosos y pequeños espacios vesiculosos (folículos de De Graaf) situados en forma variable. La mitad o los dos tercios centrales del órgano corresponden a la zona medular del ovario, la cual está desprovista de folículos, pero contiene un estroma laxo y rica vascularización.

Inervación e Irrigación: Los nervios y vasos ováricos transcurren por el ligamento infundibulo pélvico (ligamentum suspensorium ovarii), entran y salen del hilio a través del mesovario. Las arterias ováricas, que nacen de la aorta inmediatamente después de las renales, se anastomosan por

numerosas ramas con las arterias uterinas. Una red venosa incluida en el mesovario (plexo pampiniforme), envía su sangre a las venas uterinas y ováricas. La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior, en tanto que la izquierda lo hace en la vena renal del mismo lado.

Nervios provenientes de las raíces dorsales de T 10 y L 1, así como fibras simpáticas hipogástricas y lumbares, acompañan a las arterias y venas. Los linfáticos del ovario se unen con los uterinos para drenar en los ganglios ilíacos y aórticos.

III. ORIGEN Y CARACTERES DE LAS SECRECIONES NORMALES VAGINALES

En condiciones normales todas las partes de la mucosa genital se mantienen húmedas por las secreciones propias o por las que se originan en un segmento más alto del conducto. Normalmente las secreciones no salen al exterior, aunque son relativamente pocas las mujeres que no hayan tenido en un momento u otro de su vida por lo menos un ligero flujo exterior. El flujo puede no ser más que el exceso de una secreción por lo demás normal, o puede estar formado, en parte o predominantemente, por exudados anormales producidos por lesiones patológicas situadas a cualquier nivel del conducto genital.

Vulva: Hablando en sentido estricto, las secreciones vulvares no entran en la presente discusión, pero las secreciones vulvares entran a formar parte de la leucorrea que aqueja a la enferma la cual ignora de donde procede.

Además de las muchas glándulas sebáceas y sudoríparas que existen en la vulva, las glándulas vulvovaginales practicamente forman parte de este órgano, y desempeña el papel más importante en la lubricación del introito vaginal y mucosa vulvar. Segregan un moco espeso y viscoso, que aumenta considerablemente bajo la influencia de la excitación sexual. Por último, en la región perineuretral del vestíbulo se encuentran situados los conductos de Skene y un número considerable de criptas mucosas que igualmente contribuyen a lubricar las estructuras de la vulva.

Vagina: A pesar de que la vagina está desprovista de glándulas su superficie se mantiene normalmente humedecida gracias a la secreción de las glándulas cervicales, y en grado menor a trasudación en su propia superficie. La secreción que normalmente existe en la vagina es de reacción ácida, con pH de aproximadamente 5. Esta acidez se debe a la tendencia

acidificante de ciertos organismos que normalmente existen en la vagina; el principal es el llamado bacilo de Döderlein que tiene forma de bastoncillo alargado.

La reacción ácida depende de la presencia de ácido láctico producido por la acción de estos gérmenes sobre el glucógeno que contiene el epitelio vaginal. Este último experimenta una descamación constante, de aquí que las secreciones de origen vaginal se caracterizan por la presencia de muchas células epiteliales que dan al flujo aspecto lechoso o granuloso.

Cuello: Las glándulas mucosas del cuello son la fuente principal de las secreciones que normalmente existen en la vagina; no es extraño por lo tanto que constituyan el punto de partida principal del derrame leucorréico. La secreción normal se reduce a un moco claro, viscoso, cuya cantidad y viscosidad varían según las fases del ciclo menstrual. La secreción puede aumentar sencillamente en cantidad, sin que se modifique su naturaleza, a consecuencia de hiperactividad glandular producida por hiperhemia o factor endocrino.

La estructura histológica del cuello, con sus muchas invaginaciones glandulares, lo hace particularmente propenso a las infecciones persistentes, caracterizadas por aumento cuantitativo y alteraciones patológicas de la secreción. Invariablemente los desgarros menores de origen obstétrico se infectan secundariamente, originando hipersecreciones mucoides.

Cuerpo Uterino: Aun cuando el endometrio contiene innumerables glándulas, estas permanecen inactivas hasta la fase ovulatoria y postovulatoria del ciclo; incluso entonces, las secreciones parecen estar destinadas principalmente a fines nutritivos locales en caso de que tenga lugar el embarazo. Sea como fuere, parece que su aporte al contenido secretorio de la parte inferior del conducto genital es pequeño. Sin embargo, no hay duda de que puede aumentar como resultado de factores vasculares o endócrinos.

IV. AMEBIASIS GENITAL FEMENINO

a. Generalidades y etiología:

Es muy importante tener presente los procesos enterocolíticos previos en pacientes que presentan leucorrea infecciosa, úlceras o masas en genitales, ya que las manifestaciones genitales pueden deberse a un proceso amebiano. Aún cuando las amebas (*Entamoeba histolytica* principalmente) habitan en la pared y la luz del colon, especialmente ciego y rectosigmoide, la invasión de la misma hacia los genitales está más en favor de una propagación directa que hematogena, condicionada dicha propagación y patogenia por los siguientes factores:

- Inadecuados hábitos higiénicos después de la defecación.
- Inadecuados hábitos sexuales (sodomia y homosexualismo) y contactos venereos.
- Por contacto cutáneo externo con material intestinal parasitado del propio paciente o de otro.
- El estado inmunológico de la paciente, siendo barreras aparentes: el pH, temperatura, requerimientos nutricionales inadecuados, falta de exposición, anatomía y factores fisiológicos en el microhabitat.
- La patogenicidad de la ameba *histolytica* y su poder invasor y las cepas que difieren en su virulencia potencial.
- Inflamaciones crónicas del cérvix.
- Las posibles malformaciones o lesiones anatomofuncionales que condicionan una comunicación más estrecha entre el recto y la vagina, como son la presencia de fístulas rectovaginales que hacen que la ameba *histolytica* remonte

rapidamente el tracto femenino; más raramente también fístulas salpingosigmoideas.

— Bacigalupo, Julien y Puge piensan que en general es necesario que exista una lesión cutánea previa, ya sea herida quirúrgica o erosión superficial debidas a descargas irritantes cerca del ano o genitales para la instalación de *E. Histolytica*. Una vez que el parásito invade la piel o las mucosas adyacentes, sigue una extensa necrosis debido a las propiedades proteolíticas del microorganismo.

Las amebas potencialmente patógenas pueden: (1) vivir en el intestino como comensales inofensivos (amibiasis asintomática o estado de portador —aunque algunos investigadores insisten en que siempre causan lesiones diminutas)— o, en circunstancias especiales; pueden (2) invadir la pared del intestino grueso causando la disentería amebiana, u otras vísceras (infección metastásica). En otras palabras, la amebiasis puede ser asintomática, intestinal o extraintestinal.

El ciclo de vida de la ameba esta constituido por dos etapas completamente distintas (con algunas fases intermedias: 1) una etapa de quiste (infecciosa) la cual existe solo en la luz del intestino y en las heces; 2) una ameba móvil o trofozoito que vive normalmente como comensal en el colon, pero que produce lesiones por la activación de una fase invasiva, por ejemplo, una infección bacteriana sinérgica coincidente, o probablemente otro tipo de infecciones intestinales; dieta, alteraciones en el estado inmunológico o fisiológico del huésped, o combinaciones de estos factores.

Los quistes ingresan al organismo humano en los alimentos y en el agua contaminados con heces fecales. Los trofozoitos abandonan el quiste probablemente en la región de la válvula ileocecal. Pueden multiplicarse y vivir como comensales, eliminándose a intervalos regulares. La mayor densidad del

organismo microbiológico se encuentra en los sitios donde hay mas estasis fecal, por ejemplo, el ciego, el colon descendente, el sigmoides y el recto. Las vaginitis y cervicitis ulcerativas, las amebiasis del pene y la próstata, y algunas infecciones urinarias dudosas, se deben principalmente a diseminaciones a partir del recto. En la región perianal o en la desembocadura de fístulas intestinales o hepáticas, aparecen lesiones secundarias cutáneas bajo forma de úlceras duras, indoloras, con bordes socavados. Las úlceras crónicas del recto pueden producir hemorroides, fisuras, fístulas y abscesos anorectales.

Hay que recordar siempre que algunas lesiones amebianas en genitales femeninos han sido diagnosticadas como cáncer.

b. Sintomatología:

A veces la mujer no experimenta ningún signo o síntoma, y solamente el estudio citológico puede demostrar la existencia de ameba en sus genitales.

Comunmente se encuentra un sangrado espontáneo o postcoito, y en otras ocasiones puede haber una leucorrea hematopurulenta, achocolatada, fétida (olor fecaloide), rebelde a todo tratamiento, y salida de material necrótico a través de los genitales, con ardor y prurito vulvar; a veces disuria, dispareunia y dolor pélvico bajo. Hay pacientes que solo presentan ulceraciones o masas en los genitales.

En ocasiones la sintomatología puede ser tan severa que la paciente presenta mal estado general, fascies tóxica y puede o no haber fiebre o febrícula. Son recientes los procesos colíticos disentéricos recientes o antiguos.

A la exploración ginecológica se puede encontrar ulceraciones de bordes netos y con fondo necrótico. Si la lesión es avanzada, el cérvix uterino podrá presentar un proceso

destrutivo o un ameboma del tracto genital y recto que puede simular cáncer o tuberculosis genital.

Las lesiones que produce la amebiasis genital son similares a las causadas en el intestino —úlceras socavadas, superficiales de bordes netos y fondo necrótico— con inflamación aguda o crónica sobreadregada.

En la mayoría de los casos todas las ulceraciones y lesiones que causa la amebiasis genital, va acompañada de infecciones bacterianas sobreadregadas, por lo tanto deben hacerse los estudios y tratamiento correspondientes.

c. Diagnóstico Diferencial:

Dada la dificultad diagnóstica de este proceso, se confunde generalmente con neoplasias malignas, tuberculosis, sífilis, ulceraciones por infecciones bacteriana, y leucorrea de origen bacteriano o mixtas (tricomona, cándida, bacterias).

d. Laboratorio:

El diagnóstico clínico de amebiasis genital no es tan fácil de realizar, ya que como se dijo con anterioridad, puede simular otro tipo de enfermedad por lo tanto debe basarse en los elementos siguientes:

- Hay que investigar el agente etiológico por medio del laboratorio, haciendo frotos en fresco, frotos con tinciones especiales y cultivo de las secreciones de los genitales.
- Cuando las técnicas anteriores no son muy concluyentes se puede hacer uso de la biopsia de las áreas lesionadas.

1. La preparación nativa o frote en fresco: Es el método más SENCILLO para procurarse una visión del estado microbiológico

del contenido vaginal. Su obtención es muy sencilla: en un portaobjetos se deposita una gotita de suero fisiológico y en esta se suspende un poco de contenido vaginal; colóquese el cubreobjetos y examínese todos los campos microscópicos buscando quistes y trofozoitos de ameba. Si se agrega una gota de solución yodada (Iugol, Craig o D'Antoni) se podrán diferenciar los detalles nucleares de las amibas. Este método permite la cuantificación de grandes cantidades de amibas.

El examen microscópico puede efectuarse en campo claro diafragmado, si bien es preferible contemplar la preparación al contraste de fases, ya que ello permite también visualizar las estructuras más finas sin la desfiguración que origina la refracción de la luz del campo claro diafragmado. De esta forma se evitan interpretaciones erróneas y se llega más pronto y con mayor seguridad al diagnóstico.

En la preparación pueden identificarse:

- I- Epitelios
- II- Leucocitos
- III- Eritrocitos
- IV- Bacterias
- V- Tricomonas
- VI- Amibas
- VII- Blastomicetos

2. Frote cervico-vaginal (Citología exfoliativa — método de Papanicolaou)

La búsqueda de células neoplásicas características entre las células exfoliadas de las secreciones, exudados, trasudados o legrados de diversos órganos internos y tejidos, puede permitir el diagnóstico precoz de un proceso maligno o de otra índole (amebiasis) difícil de establecer por otras técnicas.

Las células exfoliadas se pueden obtener también de la mucosa bucal, de la tráquea y bronquios, estómago, recto y colon, aparato urinario, así como de líquido procedente de bolsas serosas, quistes, bolsa sinovial, líquido cefalorraquídeo, secreciones glandulares y exudados.

Toma del exudado vaginal y raspado del Cérvix:

- a. Frotis Vaginal: El material de la vagina (bolsa posterior) se puede obtener por aspiración, o con hisopo de algodón, espátula o un depresor de lengua.
- b. Raspado del cérvix: una vez aspirado el exudado vaginal se inserta un espejo vaginal (humedecido en solución salina o agua tibia para mayor facilidad) para visualizar el cuello uterino. No se deben emplear lubricantes. Usando un hisopo de algodón, espátula o baja lenguas cortado, se toma la segunda muestra de la región escamocolumnar. Puesto que este es el lugar donde se desarrollan la mayor parte de neoplasias cervicouterinos.

Toda esta técnica se puede usar en cualquier área de la que se desee tener una muestra para citología. Los fijadores por nebulización, por sumersión y por goteo están disponibles para una fijación y secado rápido de los frotis. Al enviar las muestras hay que adjuntar siempre un resumen de historia clínica de la paciente.

Reglas generales para obtener las muestras:

1. El frasco con fijador debe estar abierto y listo para su uso. Las células se secan rápidamente una vez extendidas en el portaobjetos; por tanto una vez hecho el frotis, debe colocarse la laminilla inmediatamente en el fijador.
2. El guante no debe tener talco o almidón al hacer el

frotis, pues las partículas pueden dificultar la observación de las células.

3. Si se emplean aplicadores con punta de algodón, debe evitarse su contaminación en el epitelio de la piel de la persona que lo hace, del explorador o de la paciente.
4. La toma del frotis debe efectuarse antes de la palpación y antes de una exploración colposcópica prolongada, sobre todo antes de una posible prueba con yodo o ácido acético.
5. Hay que abstenerse de medicaciones intravaginales, irrigaciones vaginales y relaciones sexuales por lo menos 24 horas antes del frotis, ya que esto puede dar lugar a frotis insatisfactorios.
6. El espéculo se introducirá sin emplear lubricantes. Para facilitar la introducción pueden humedecerse las valvas con solución salina normal o con fluido vaginal.
7. En frotis mal fijados los límites celulares son confusos, la reacción tintorial del citoplasma está alterada y los núcleos aparecen hinchados y nebulosos. Sin duda, tales alteraciones pueden dar lugar a una valoración positiva-falsa.

3. Biopsia:

Es la técnica de diagnóstico total. Debe tomarse la muestra siempre que sea posible de una parte de la lesión o del área en que sea más probable que existan gérmenes patógenos. Aunque corrientemente las muestras se introducen en tarros con tapón de corcho, que contienen formaldehído al 10o/o o solución de formol y alcohol, para conservarlas hasta que se puedan examinar.

La biopsia proporciona información referente a la etiología, naturaleza, actividad, gravedad y pronóstico de la enfermedad del lugar donde se tomo la muestra; además esta muestra se puede emplear también para análisis microbiológicos y químicos.

e. **Tratamiento:**

Para el tratamiento de amebiasis genital se usan drogas específicas y combinadas, teniendo siempre en cuenta que todo paciente puede tener recidivas si los medicamentos son usados aisladamente. La quimioterapia tiende a: (1) Combatir el ataque agudo (2) Destruir los trofozoitos en la mucosa y la luz del intestino, y (3) Vencer la infección bacteriana secundaria.

La mayoría de autores prefieren la combinación de Clorhidrato de emetina y metronidazol. Padilla, Guirola y Bran refieren que han tenido muy buena experiencia en el uso de metronidazol a 800 mg. por vía oral 3 veces al día por 10 días en el tratamiento de abscesos hepáticos amebianos sin usar ningún otro antiamebiano y utilizando eritromicina para infecciones secundarias.

Aun cuando solo el uso de metronidazol a dado buenos resultados, otros autores hacen uso del tratamiento combinado para curar las amebiasis genitales e intestinales. Así, recomiendan el siguiente tratamiento y dosis:

1. Metronidazol 750 mg. 3 veces al día por vía oral durante 7 a 10 días.
2. Emetina a dosis de 1 mg. por Kg. de peso como dosis máxima por día, vía subcutanea profunda por 5 a 10 días.

3. Metronidazol 500 mg. en tabletas vía vaginal cada 24 horas por 10 días.

El tratamiento depende de la severidad del caso, ya que otros autores recomiendan:

1. Clorhidrato de emetina 60 mg. por día durante 10 días; más
2. Metronidazol 600 mg. por día vía oral durante 10 días, habiendo obtenido magnifica respuesta en procesos tanto en genitales como intestinales, incluso en los pocos casos de amebiasis en pene en los cuales ha habido gran destrucción tisular.

Como medicamentos alternativos puede usarse:

1. La Diodoquina (diyodohidroxiquinolina) en dosis de 2 gramos por día en 3 dosis durante 20 días, más....
2. Cloroquina bajo forma de difosfato de cloroquina a dosis de 1 gramo durante 2 días y luego 0.5 gramos a 0.75 gramos al día durante 2 a 3 semanas por vía bucal.

Existen muchos amebicidas bucales que pueden sustituir los que se han mencionado. Algunos tienen menos eficacia y pueden producir más efectos colaterales. Para conocer mejor los medicamentos ya mencionados, se hará un pequeño comentario (indicaciones, contraindicaciones y dosis).

1. **Metronidazol:** Se administra en dosis de 750 mg. vía oral 3 veces al día por 10 días. La absorción por vía oral es muy buena. La droga libre, así como sus metabolitos se excretan en la orina, así también en la leche materna —en que alcanza concentraciones semejantes a las de la sangre—, en la saliva y en el esperma del hombre.

La droga es poco tóxica y solo es capaz de producir náuseas, sabor desagradable en la boca, a veces diarrea, mareos, somnolencia y cefalea, que no son importantes y ceden al disminuir la dosis o interrumpir el tratamiento. Cuando se combina con el alcohol produce una reacción tipo antabus (hipotensión, sudoración fría, taquicardia, vómitos, cefalea, lipotimia, etc.).

Este medicamento debe considerarse el de elección inmediata para el tratamiento de la amebiasis, ya que actúa tanto intrainestinal como extraintestinal, obteniéndose curas completas de cualquier proceso amebiano.

2. Emetina: dosis 60 mg. por día vía subcutánea ó 1 mg. por kg. por día como dosis máxima diariamente por 10 días.

La indicación fundamental de la emetina es en la amebiasis, pero como se trata de una droga potencialmente tóxica, debe administrarse únicamente con indicaciones precisas, el paciente bajo vigilancia médica, debiéndose realizar trazados electrocardiográficos antes, durante y una vez realizado la administración del medicamento. Como solo actúa sobre los trofozoitos intratisulares, no cura la enfermedad ya que aparecen quistes en las heces y el paciente se transforma en un portador asintomático, expuesto a frecuentes recidivas. Por esa razón es recomendable el uso de otros amebicidas que actúen en la luz intestinal.

La emetina es un irritante general, especialmente para las mucosas, y un tóxico protoplasmático con predilección por el músculo cardíaco, tubo digestivo y sistema esquelético. Los efectos tóxicos más graves, se observan en el sistema cardiovascular, incluyendo hipotensión, taquicardia, dolor precordial, disnea y cambios electrocardiográficos. La frecuencia del pulso y la presión arterial deben registrarse varias veces al

día, y examinar e interrogar al paciente. Si aparece taquicardia hay que interrumpir la administración de emetina.

La toxicidad de la emetina también se manifiesta por diarrea, náuseas y vómitos; las manifestaciones neuromusculares de toxicidad de la emetina son diversas, a base de debilidad, dolores, hipersensibilidad y rigidez de músculos de cuello y extremidades, y fatiga fácil —todos dependientes probablemente de miositis causadas por el medicamento—. La mayor parte de efectos secundarios son leves y pasajeros; pueden desaparecer mientras se continúa el tratamiento, y cesar al interrumpir la terapéutica.

La emetina está contraindicada en pacientes con enfermedades renales o cardíacas y durante el embarazo; excepto en caso de que una disentería grave o un absceso hepático no pueden dominarse con otros medicamentos.

3. Diodoquina: Es una diiodohidroxiquinolina que contiene 64o/o de yodo. Da buenos resultados en pacientes con amebiasis intestinal ligera crónica como aguda, produciendo en las segundas su efecto en forma más lenta que la emetina, pero tiene la ventaja de llegar a la curación muchas veces. Su acción amebicida se ejerce tanto sobre los trofozoitos como sobre los quistes, haciéndolos desaparecer de las heces de las pacientes, pero dicho efecto se produce únicamente en la luz del intestino o sobre la superficie de la mucosa, debido a la limitada absorción de esas drogas y a su escasa concentración en los órganos internos; por consiguiente no tiene acción en la amebiasis extraintestinal.

Algunos pacientes muestran signos de intolerancia como cefalea, malestar, dolor abdominal, diarrea, erupción y prurito. Las contraindicaciones son las enfermedades graves del tiroides, hígado y riñón, y la hipersensibilidad al yodo. Se administra por la boca a dosis de 2 gramos por día en tres dosis al día durante 20

días.

4. **Cloroquina:** La cloroquina en la amebiasis la única indicación es la extraintestinal, en que ha reemplazado a la emetina en la hepatitis amebiana y absceso hepático y otro tipo de amebiasis extraintestinal, por ser tan efectiva como la emetina y menos tóxica que ella. La dosis de fosfato de cloroquina es de 500 mg. 2 veces al día vía bucal durante 2 días, seguido de 250 mg. dos veces al día durante 2 a 3 semanas. Al mismo tiempo debe administrarse amebicidas de acción intestinal para tratar el foco primario de la amebiasis.

La cloroquina por su rápida absorción en el intestino delgado no alcanza una concentración activa en el colon, lugar de la amebiasis intestinal y no es activa en la misma; pero en cambio, como se concentra en el hígado y se excreta lentamente, es muy eficaz en la amebiasis hepática —absceso amebiano—, cuyos síntomas y signos desaparecen rápidamente bajo la acción del medicamento, constituyendo así un potente amebicida de acción sistemática.

Los síntomas de toxicidad (prurito, cefalea, transitoria, náuseas y trastornos de la acomodación, blanqueamiento del pelo y disminución de onda T en el EKG) son raros.

V. REVISION DE CASOS

Caso números 1 y 2 proporcionados por el Dr. Juan Wyss.

Caso No. 1

Niña indígena de 9 meses de edad y de 8 kg. de peso, el 5 de septiembre de 1951 ingresó al Departamento de Pediatría de la Infancia del Hospital General San Juan de Dios por presentar una lesión vulvar longitudinal, que se iniciaba en la parte anterior de los labios mayores por el lado mucoso, extendiéndose un poco sobre la piel adyacente y continuaba hacia adelante sobre el pubis en una longitud de 6.5 cms. (3 cms. de lesión vulvar y 3.5 cms. sobre la piel del pubis); interesaba buen espesor de tejido celular subcutáneo. Bordes ligeramente rojos, regulares, escaso edema y ninguna reacción perifocal, al parecer poco dolorosa. Semejaba una lesión tallada a pico, de paredes muy poco anfractuosas, casi regulares, con una profundidad casi aproximada de 12 mm. A la compresión salía un producto mucopurulento de aspecto achocolatado, más bien parecido a jalea de mora. No había adenopatía inguinal. Ingreso con una evolución de 20 días.

Antecedentes: Colitis mucohemorrágica unas semanas antes de su ingreso.

Impresión Clínica de Ingreso: SIFILIS

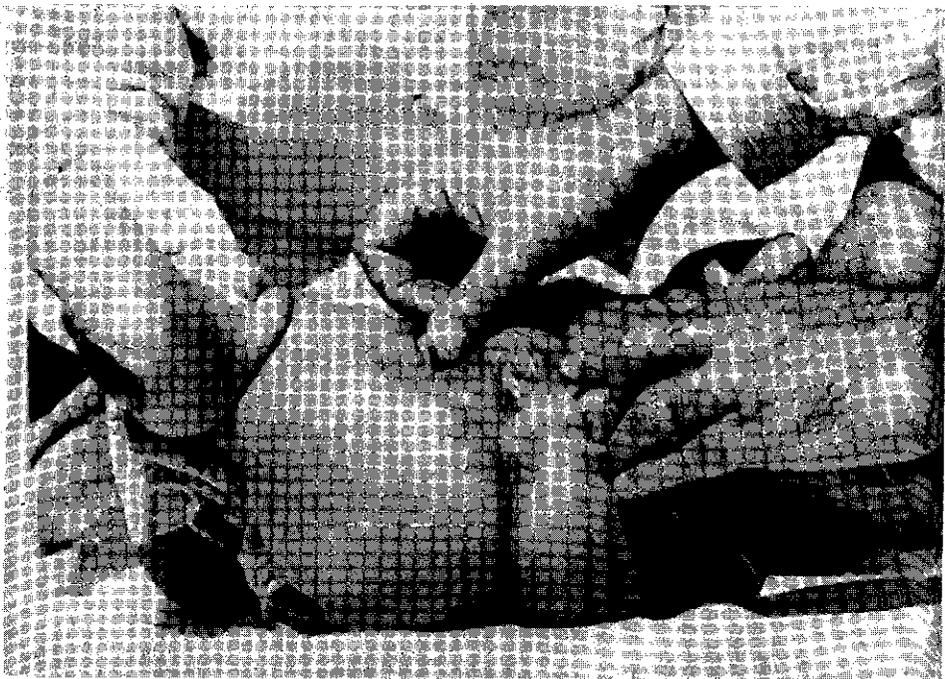
Laboratorio: Frotis para Fontana Tribondeau — negativo. Campo Oscuro — Negativo
Serología madre y niña — negativo.

Tratamiento: Penicilina Procaína y Cloranfenicol sin mejorar en nada el aspecto de la lesión.

A los 7 días de su ingreso, además de todos los análisis de rutina, se hizo examen microscópico en fresco del exudado en

busca de amebas. El laboratorio reveló "Ameba Histolytica numerosa".

Se inició tratamiento con clorhidrato de Emetina a razón de 1 mg./Kg. de peso cada 24 horas durante 8 días y diyodohidroxiquinolina 600 mg. cada 24 horas por 8 días, disminuyendo la dosis a 400 mg. durante 10 días más. Localmente se uso el mismo yodado en polvo. A los 5 días se notó mejoría; 14 días después de iniciado el tratamiento la lesión estaba perfectamente cicatrizada.



Caso No. 2:

Niña de 18 meses de edad y de 5.5 kg. de peso; ingresó al departamento de Pediatría de la Infancia del Hospital General San Juan de Dios, el 18 de septiembre de 1951. Seis meses antes había estado hospitalizada por diarrea. Desnutrición grado III (Marasmo), Anemia Nutricional, Síndrome Piramidal y Convulsiones por Encefalopatía Neonatal.

Al reingreso presentaba lesión ulcerosa, irregularmente circular de 16 mm. de diámetro, localizada a 20 mm. a la derecha y un poco hacia adelante de la margen del ano. Bordes ligeramentes rojos, con discreta edematización y casi regular, sin reacción perifocal ni adenopatía secundaria. A la compresión salía un exudado mucopurulento semejante a jalea de mora. La lesión parecía poco dolorosa. Al vaciar el contenido quedó una cavidad de forma casi cilíndrica, de paredes y fondo poco anfractuoso; daba la impresión de ser un corte sacabocado, es decir, conservando el aspecto de talla a pico. Interesó buena parte del tejido celular subcutáneo, pues tenía proximadamente 12 mm. de profundidad. Ingresó con una evolución de 18 días.

Antecedentes: una semana antes de su ingreso había sido tratado en la consulta particular por un cuadro que la madre relató como Colitis Disenteriforme.

Laboratorio: Frote en fresco de secreción de úlcera: "Formas vegetativas de Ameba Histolytica".
Heces en Fresco: "Trofozoitos de Ameba Histolytica".

Tratamiento: Clorhidrato de Emetina 1 mg. por kg. de peso cada 24 horas por 8 días.
Diyodohidroxiquinolina 400 mg. cada 24 horas por vía oral durante 15 días.

Doce días después de iniciado el tratamiento la lesión estaba perfectamente curada.



Caso No. 3

HC 40191 - Instituto de Cancerología

VLM, femenino, de 54 años de edad, soltera, ladina, originaria de Jalapa y residente en la finca La Montañosa, La Gomera, Escuintla.

Motivo de Consulta el 13/V/73: Hemorragia vaginal de 1 mes 15

días de evolución, sin ningún dolor ni malestar.

Antecedentes: negativos

Menarquia: no recuerda, tipo: no recuerda, fecha de última regla: a los 45 años de edad; gestas: 11, partos: 11. Ab: 0

Examen Físico:

Estado general bueno, pulso 80 por minuto; frecuencia respiratoria 24 por minuto, presión arterial 100/80; temperatura 36 grados.

Región enferma: Ginecológico: lesión infiltrante que invade fondos de sacos vaginales. Ambos parametrios parcialmente infiltrados.

Impresión Clínica: Ca. de Cérvix LNII

Conducta: - Biopsia de Cérvix
- Ambulatoria y laboratorio de rutina.

16/V/73: Resultado de Biopsia: Cervicitis Crónica. Globulos blancos 8450; hemoglobina 12.8 gr.; hematocrito 37o/o; sedimentación 7 mm. por hora; segmetados 79; cayados 3. VDRL negativo Heces: parásitos negativo.

6/VII/73: Se repite la biopsia que 5 días después dió como resultado: (1) Cervicitis aguda y, (2) Displasia ligera focal.

16/VII/73: Reexaminada: médico opina que podría tratarse de una amebiasis vaginal. Hay invasión y supuración de

cuello y vagina. Conducta: Papanicolaou y frote en fresco de secreción vaginal.

Laboratorio: Resultado del Frote en fresco de Secreción vaginal: Quistes y trofozoitos de Ameba Histolytica, abundante; tricomonas abundantes.

Papanicolaou: (1) Dentro de límites normales (2) Tricomonas, (3) Otros: Amebas.

29/VIII/73: Persiste la amebiasis vaginal. Ingreso.

3/IX/73: Se inicia tratamiento:

(1) Flagyl 500 mg. intravaginal por las noches durante 10 días.

(2) Flagyl 250 mg. vía oral 3 veces al día durante 10 días.

(3) Irrigaciones vaginales.

12/IX/73: Egreso. Completar tratamiento de 10 días.

10/X/73: Papanicolaou de control: Normal.

Caso No. 4

HC 46147 - Instituto de Cancerología.

MAVR, sexo femenino, de 49 años de edad, viuda, ladina, originaria de Sansare, El Progreso, y con residencia en esta capital.

Motivo de consulta el 23/X/74: Tumoración en región dorsal izquierda de 23 años de evolución, comenzando con dolor en dicha área hace 2 meses y metrorragia discreta hace 1 mes.

Antecedentes: Comisurotomía mitral en 1964.
Ligadura de trompas

Menarquia: a los 13 años; tipo 30x4, característica normal; FUR: hace 5 años; gestas 11 PES 11. Ab: 0

Examen Físico: PR: 84 por minuto: FR: 16 por minuto P/A 90/80 T; 37 grados.
Tórax: tumoración de 2 cm. de diámetro, móvil y desplegable.
Genitales: erosión en labio anterior.

Impresión Clínica: (1) Quiste epidermoide región dorsal izquierda.

Conducta: Papanicolaou y exámenes de laboratorio de rutina.
Resultado de Papanicolaou: (1) cambios inflamatorios.
(2) Amebas

Paciente no volvió a llegar a consulta.

Caso No. 5

HC 13797-74 - Hospital Gral. "SJD"

MGLL, sexo femenino, de 30 años de edad, originaria de San Andrés Itzapa y residente en la capital, católica, analfabeta, unida, ocupación oficios domésticos.

Motivo de Consulta el 30/X/74: Salida de líquido amarillento con sangre, fétida, de más o menos 5 días de evolución, y masa en región perineal con destrucción de partes blandas.

Historia de la enfermedad: Refiere paciente que después del nacimiento del último niño, PES el 18/X/74, quedó con abundante hemorragia vaginal durante más o menos 9 días. Hace 4 días notó salida de líquido sanguineopurulento, mal oliente, con

restos como carne o pellejos, y dolor y ardor constante en genitales e hipogastrio.

Antecedentes:

Médicos: quirúrgicos y traumáticos: Negativo.

Obstétricos: Gestas 2; PES 2. Ab: 0
Menarquia a los 16 años, ritmo 35 x 2 de caracteres normales.

Examen Físico:

T: 37.5 grados; PR: 80 x ' ; FC: 80 x ' ; FR: 20 x ' ; P/A 130/85. Mal estado general.

Abdomen: Dolor a la palpación general en hipogastrio.

Ginecológico: genitales externos de múltipara, con áreas de necrosis en labios menores y mayores, región perineal totalmente destruidas por tejido fungoide necrótico, incluyendo región anal; vagina ocupada por masa fungoide que parece provenir del cuello, el cual es sumamente irregular, friable, sangra facilmente; útero aumentado de tamaño sin poder delimitarlo; cuello fundido en paredes vaginales; espéculo no se hizo por friabilidad del tejido.

Impresión Clínica: (1) Coriocarcinoma Invasivo.

Conducta: (1) Ingreso
(2) Biopsia por congelación
(3) Solución D/A al 5o/o - 1000 cc. i.v.
(4) Penicilina Cristalina 3.000,000 U i.v. cada 3 horas.

31/X/74: Informe No. 56616-74 de Patología (biopsia):
Microscópico: secciones revelan tejido necrótico con

abundantes trofozoitos de Ameba Histolytica,
Hallazgo histológico: (1) Amebiasis severa.
(2) Necrosis e inflamación aguda.

Laboratorio:

Heces en fresco: Quistes de ameba histolytica.
Ameba en estado vegetativo.
VDRL: negativo.

Hematología: GB: 8500; Hb. 8.5 gr.; V de S 126 mm. por hora; eos. 1; cay. 11; seg. 74; lin. 14;
Papanicolaou: Amebas.

Tratamiento:

- (1) Flagyl 500 mg. vía oral 3 veces al día por 10 días.
- (2) Flagyl 500 mg. intravaginal cada 24 horas.
- (3) Clorhidrato de Emetina 60 mg. i.m. cada 24 horas por 10 días.

19/XI/74: Reevaluación ginecológica: Labios mayores, menores y periné se observan limpios. Vagina acortada a más o menos 2 cms. de longitud por presencia de adherencias entre su pared anterior y posterior, las cuales se liberan con relativa facilidad casi en su totalidad, llegando hasta el cérvix que se palpa normal. 2 días después fue dada de alta.

26/XI/75: Le fue practicada una Plastia Vaginal por la Estenosis vaginal que presentaba luego del proceso amebiano. Papanicolaou de control fue normal.

Caso No. 6

HC 14805-74 - Hospital General "SJD"

GOP, sexo femenino, de 1 año 12 días de edad, hogar

desintegrado, madre tiene que trabajar para comer cuando se puede, por lo que los deja solos.

Motivo de Consulta el 26/XI/74: Vómitos y evacuaciones diarreicas de 1 semana de evolución.

Historia de la Enfermedad: Depositiones diarreicas amarillentas, líquidas, fétidas, con moco, sin sangre, sin ligas, en número de 6 al día, vómitos posprandiales y fiebre no cuantificada.

Antecedentes: Ingresó hace 20 días por GECA, DHE y DPC grado II, y recibió tratamiento con ampicilina por Shigellosis.

Examen Físico: T: 39.7 grados

Cabeza: Fontanela deprimida; ojos; enoftalmos; boca: mucosas orales secas; cardiopulmonar: normal; abdomen: lienzo húmedo positivo; genitales externos: úlcera en labios menores con secreción ligeramente hematurulenta.

Impresión Clínica: (1) GECA; (2) DHE grado I; DPC grado II; (3) Vulvovaginitis.

Conducta: (1) ingreso; (2) soluciones i.v.; (3) coprocultivo y heces en fresco.

27/XI/74: Le diagnosticaron además, sarampión y bronconeumonía, por lo que le iniciaron tratamiento con Penicilina Cristalina.

4/XII/74: Los médicos, por la úlcera vulvovaginal, pensaron en un Nova Vaginal y recomendaron se hiciera campo obscuro, frote y cultivo de la secreción.

Resultados:

Frote en fresco de la secreción vaginal: trofozoitos

de ameba histolytica, abundantes leucocitos.

Campo obscuro: negativo.

Papanicolaou de cúpula vaginal No. C-74-8556 reporto amebas.

Frote en fresco de heces: polimorfonucleares.

Conducta:

(1) Flagyl 100 mg. por boca 3 veces al día.

(2) Diyodomet 1/2 cucharadita vía oral 3 veces al día.

La evolución fué satisfactoria, la úlcera vulvovaginal desapareció y los demás problemas médicos se resolvieron; los medicamentos se dieron por 10 días.

Caso No. 7

CH 56456 - Instituto de Cancerología

RPD, sexo femenino, de 33 años de edad, unida, ladina, originaria de Ipala, Chiquimula y residente en Santo Tomás de Castilla, Izabal.

Motivo de Consulta el 2/III/77: Sanguaza vaginal y dolor en hipogastrio de 1 mes de evolución.

Antecedentes:

Gineco-obstétricos: Operada hace 3 meses en Pto. Barrios por quiste en ovarios; gestas: 0; menarquia a los 12 años, tipo 30x3, características normales.

Examen Físico:

Ginecológico: no se visualizan anormalidades. Taco rectal: doloroso. La secreción tiene aspecto de amebiasis.

Impresión Clínica: Amebiasis Vaginal.

Conducta: (1) Laboratorio de rutina
(2) Papanicolaou
(3) Heces en fresco

3/III/77: Heces en fresco: trofozoitos de ameba histolytica abundantes.

Papanicolaou: Amebas

La paciente después del primer día de consulta no volvió a llegar para tratamiento y controles posteriores.

Caso No. 8

HC 51564 - Instituto de Cancerología

PJV, sexo femenino, de 51 años de edad, soltera, ladina, originaria de Santa Cruz Naranjo, Santa Rosa, y residente en el mismo lugar.

Motivo de Consulta el 1/II/76: Flujo sanguinolento de 6 meses de evolución.

Antecedentes: Gestas 6, PES 5, abortos 1, FUR hace 5 años.

Examen Físico: normal.

Conducta: (1) Ambulatoria, (2), Papanicolaou, (3) Rayos X de tórax, (4) Laboratorios de rutina. Todos los exámenes fueron normales.

14/V/76: Flujo sanguinolento persiste. Al examen ginecológico: abundante mucosidad sanguinolenta.

Impresión clínica: Amebiasis vaginal a descartar.

Frote en fresco de secreción vaginal: Quistes trofozoitos de Ameba Histolytica abundantes.

Heces: Quistes y trofozoitos de Ameba Histolytica abundantes.

Papanicolaou: Amebas

Tratamiento:

1. Flagyl 250 mg. por boca 3 veces al día por 10 días.
2. Flagyl 500 mg. intravaginal cada 24 horas por 10 días.

Paciente no volvió a llegar a controles.

PRONOSTICO:

Si no es un proceso severo, el pronóstico es bueno siempre y cuando el diagnóstico se haga a tiempo, aunque hay procesos en los cuales la evolución es rápida y los daños que causa dicho proceso son severos.

Con los eficaces medicamentos que actualmente se tienen para tratamiento de amebiasis hay más facilidad para resolver cualquier proceso amebiano.

No debemos olvidar que es más importante tener diagnóstico clínico y de laboratorio para beneficio del paciente.

VI. CONCLUSIONES

1. La amebiasis vaginal es un proceso poco común en nuestro medio.
2. La amebiasis genital se observa a cualquier edad.
3. No necesariamente debe ser concomitante con amebiasis intestinal.
4. Hay pacientes asintomáticas y otras que presentan síntomas y signos, ya sea en forma moderada o severa.
5. Las ulceraciones en vulva o vagina siempre deben ser sugestivas de un proceso amebiano. Debe hacerse exámenes en fresco de la secreción, pero también es necesario descartar otro tipo de enfermedad.
6. La leucorrea es una de las afecciones ginecológicas más frecuentes en las mujeres, por lo que debe siempre confirmarse su etiología para dar tratamiento adecuado.
7. La cervicitis y las ulceraciones cervico-vaginales son sugestivas de cáncer; algunas de éstas ulceraciones cervico-vaginales han resultado ser procesos amebianos.
8. En la literatura internacional se han reportado casos de amebiasis genital junto con cáncer de cérvix. En éste estudio no se reporta ningún caso de cáncer.
9. Los procesos en los niños nos demuestra que lo más seguro es que la infestación de amebas en la vagina o región vulvo-vaginal, sea debido a contaminación directa.
10. No se encontró ningún caso de otro tipo de amebiasis extraintestinal.

11. En la mayoría de los pacientes, el diagnóstico fué dado por frotos en fresco de las secreciones y/o por Papanicolaou.
12. En todos los casos hubo magnífica respuesta al tratamiento con metronidazol y emetina.
13. Es necesario que todos los pacientes que lleguen a consulta obtengan el resultado de sus exámenes que se les han hecho, y así decidir también la conducta que se va a llevar, ya que si no se da tratamiento a un proceso amebiano, éste puede evolucionar a un proceso más severo.
14. Es necesario dar tratamiento con medicamentos de acción intestinal y extraintestinal.
15. El pronóstico es excelente siempre y cuando el tratamiento sea el que necesite.
16. Investigar si hay historia de relaciones ano-genitales, el método de higiene luego de defecar, higiene vaginal, y antecedente de cuadro diarréico.

VII. RECOMENDACIONES

1. En todo caso de amebiasis extraintestinal debe darse tratamiento combinado, tanto para tratar dicho proceso como para una probable infestación intestinal, ya que generalmente las amebiasis extraintestinales van precedidas de amebiasis intestinal.
2. En toda afección ginecológica es recomendable hacer exámenes de laboratorio como frote en fresco de Papanicolaou cervical, vaginal o de alguna ulceración para investigar amebas. Son métodos sencillos y baratos, que pueden fácilmente ser interpretados.
3. Hay que enseñarle a todas las pacientes la importancia de la higiene genital y el modo de limpiarse luego de defecación, así como a las madres enseñarles como debe limpiarse a las niñas luego que defecan, o sea limpiar adelante hacia atrás y una sola vez.
4. Evitar la sodomía y el homosexualismo, ya que el hombre se convierte en un portador y transmisor directo de amebas.
5. Aun cuando la severidad de cada caso depende no sólo del huésped sino que también de la patogenicidad del agente, debe erradicarse la ameba completamente para evitar reinfecciones.

BIBLIOGRAFIA

1. Unusual protozoal infestation of the cervical mucus
Jabamoni R. et. al. -Obstetric and Gynecologi- 50 (2)
pag 224-227, August 77.
2. Amoebiasis of the penis.
Thomas J. A., et. al. -Br. J. Urol. 48 (4), page 269-273,
August. 76.
3. Una rara afección femenina "Amebiasis Genital".
Dr. Carlos René Dardón. Boletín Médico IGSS Páginas
2-10, volumen IX, número 12, Junio 74.
4. Amebiasis Genital y Cáncer
Enrique Hernández-Pérez. -Medicina Cutanea
Ibero-Latinoamericana 3 (1) Páginas 47-54 año 75.
5. Amebiasis Vaginal
Dr. José Miguel Salazar Tesis, Agosto 76, Guatemala.
6. Amebiasis: an increasing problem; among homosexuals in
New York City.
J. J. Schnerinr et. al., -Jama 238 (13) pages 1386-1387,
September 77.
7. Venereal Transmission of enteric pathogens in male
homosexuals.
D. Mildran et. al. Jama 238 (13) pages 1387-1389,
September 77.
8. Anatomía y Fisiología del Sistema Reprodutor Femenino
R. Benson -Manual de Ginecología y Obstetricia 3a.
Edición Páginas 1-14. El Manual Moderno, S.A. México.
9. Entamoeba Histolytica

- H. Brown. Parasitología Clínica 3a. edición Páginas 25-40, Editorial Interamericana, S.A.
10. Quimioterapia de la Amebiasis y de otras infecciones por Protozoarios.
M. Litter -Compendio de Farmacología 1era. edición en español; páginas 644-651 Editorial El Ateneo, Argentina.
 11. Amebiasis
M. Krupp y M. Chatton. Diagnóstico Clínico y Tratamiento, páginas 864-868. El Manual Moderno, S.A., México 1973.
 12. Amebiasis in Man
C. Padilla y Padilla. Charles C. Thomas Publisher Springfield Illinois U.S.A.
 13. Citología y Microbiología de la Vagina
J. Shcnell y H. Meinrenkan, Bayer Alemania, Departamento Científico.
 14. Organos Genitales de la Mujer
O. L. Testut y A. Latarjet -Compendio de Anatomía Descriptiva, páginas 723-744 Edición 22a. Salvat Editores, S.A. España.
 15. Amebiasis
Cecil -Loeb- Tratado de Medicina Interna páginas 581-587. Tomo II, Edición 14a. Editorial Interamericana, S.A. Argentina.
 16. Amebiasis
N. Vaughan, Tratado de Pediatría, Tomo I, 6a. Edición, páginas 760-762, Salvat Editores, S.A. España.
 17. Immuno Florescence Technic in the diagnosis of amebiasis.

Solow'ev M.M., et. al. -Med. Parazital (Mosle) 45 (5) pags. 525-531.

18. Amebiasis Cutanea
Wyss, J. -Revista Cuba de Patología Tropical, Cuba 195
19. Leucorrea
Novak-Jones. Tratado de Ginecología 8a. Edición, página 590-593.
20. Amebiasis en Ginecología
M. Haines y C. Taylor. Gynaecological Pathology pag. 2 edición de 1962.

BR. P. C. JULIO ROBERTO CHICARA VASQUEZ

Asesor

Dr. Arturo Ortiz Saenz de Tejada

Revisor

Dr. Federico Castro

Director de Fase III

Dr. Julio De León

Secretario General

Dr. Raúl A. Castillo Rodas

Vo. Bo.

Decano

Dr. Rolando Castillo Montalvo