

REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

VOLUMEN 32

OCTUBRE - DICIEMBRE DE 1964

4

AMIBIASIS CUTANEA

Por

Jaime Saravia Gómez (*)
Hernando Rocha Posada (*)
Carlos Cortés B. (**)

Profesor

Aníbal Ríos (***)

INTRODUCCION

Bajo la denominación de amibiasis extra-intestinal se comprende a cualquiera localización de la forma vegetativa de la *Endamoeba histolytica* fuera de su habitat normal, que es el intestino humano. La amibiasis cutánea constituye una de las varias formas de localización extraintestinal de la *E. histolytica*, aunque muy rara.

Esta forma de amibiasis fue descrita por primera vez en 1892 por Nasse (cit. 6-8) y posteriormente por Menetrier y por Touraine en 1908 (cit. 6). La denominación de amibiasis cutánea (*amoebiasis cutis*), corresponde a Engmann y Heithaus (1919). En nuestro medio las primeras observacio-

nes publicadas corresponden a Agustín Piedrahita (6), quien en 1944 publicó tres casos de amibiasis perineal y uno del pene. Posteriormente Restrepo y Méndez Lemaitre (13) en 1947 comunican tres casos de amibiasis genital femenina. Recientemente Carrizosa (3) en 1961 publica dos casos de amibiasis de cérvix, y Cardona y col. (2), en 1962, 18 casos de amibiasis genital femenina.

(*) Instructores de Medicina Interna, Directores de la Unidad de Biopatología, Sección de Medicina Interna. Universidad Nacional. Hospital San Juan de Dios. Bogotá.

(**) Residente primero. Sección de Medicina. Universidad Nacional.

(***) Profesor Asociado. Sección de Medicina. Universidad Nacional.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Es producida por la misma *E. histolytica* que se halla en las lesiones intestinales, pero en los tejidos no se encuentran las formas quísticas o pre-quísticas sino exclusivamente las formas vegetativas o trofozoitos.

Es condición indispensable que exista una amibiasis intestinal, y por lo tanto que estén presentes las formas vegetativas, que exista además una solución de continuidad tegumentaria junto con otras condiciones locales o generales que favorezcan su desarrollo y reproducción, tales como humedad, alteración estructural y bioquímica a nivel de la puerta de entrada y disminución de la resistencia orgánica general.

Es importante hacer énfasis en lo afirmado por Mendizábal (7), quien anota: "la *E. histolytica* fuera del recto adquiere un particular carácter invasor y agresivo".

Según Latapi (5) los principales mecanismos demostrados por los cuales se desarrolla la lesión cutánea son los siguientes:

- a) Por extensión peri-fistulosa.
- b) Por propagación peri-anal.
- c) Por inoculación a distancia.
- d) Por sensibilización desde un foco distante.

Hasta el presente no se ha comprobado, aparte de la autoinoculación, que exista un mecanismo hematógeno, como sí se ha demostrado para otras formas de amibiasis extraintestinal como la hepática, cerebral, pulmonar, etc.

Según León (2) la patogenia de la afección debe explicarse por los siguientes mecanismos:

I. Por contaminación de heridas quirúrgicas en pacientes que padecen de amibiasis (forma para-quirúrgica de Latapi).

a) Secundaria al drenaje de abscesos hepáticos.

b) Consecutiva a colectomías, apendicectomías, etc.

c) Secundaria a intervenciones sobre el recto, tales como extirpación de pólipos, hemorroides, biopsias, drenajes ano-rectales, etc.

d) Por contaminación de heridas quirúrgicas en los genitales femeninos.

II. Por infección secundaria de lesiones localizadas en los orificios naturales o cerca de ellos (forma perianal de Latapi).

a) Abscesos amibianos de la pared rectal o abscesos bacterianos en pacientes con amibiasis intestinal, los cuales se abren a los genitales, periné, nalgas o región sacro-coxígea.

b) Por complicación de lesiones anales y perianales en pacientes con amibiasis intestinal tales como hemorroides sangrantes, pólipos ulcerados, fístulas, papilomas, condilomas, fongulosis, fisuras del recto, etc.

c) Por complicación de lesiones genitales femeninas en pacientes con amibiasis intestinal, úlceras bacterianas o micóticas, abscesos, papilomas, condilomas, fisuras, etc.

III. Por contaminación de lesiones distantes del orificio anal (forma de inoculación a distancia de Latapi). Algazi (cit. 6) comunica un caso de amibiasis insertada en una herida de la pierna, y Machado (cit. 6) de un caso de localización en los dedos de la mano. También Piedrahita (12), Mendizábal y Dib (7), Straub, Shih y Lieu (citados 6), comunican varios casos de amibiasis de glándula. Latapi (5) refiere un caso muy interesante de localización nasal. Engmann y Heithaus (cit. 1), tres casos con lesiones en diferentes partes del tegumento, extensamente ulceradas, dolorosas y necróticas, consecutivas a la apertura de abscesos



cutáneos sin relación con focos profundos.

IV. Manifestaciones dermo-alérgicas en individuos con amibiasis intestinal (forma por sensibilización de Latapi). Fueron Castex, Pierini y Borda, en la Argentina (cit. 5-6), quienes asignaron a la *E. histolytica*, *E. coli* y *E. nana*, presentes en el intestino humano, la posibilidad de actuar como alérgenos, determinando a distancia variadas lesiones cutáneas tales como urticaria y dermatitis. Basan su afirmación en la elevada incidencia de amibiasis en los casos estudiados y su mejoría después del tratamiento. Este mecanismo, en nuestro concepto, debe ser sometido a nuevas valoraciones, especialmente en países como el nuestro, en donde la amibiasis intestinal es de elevada incidencia y las manifestaciones cutáneas son simplemente coincidentes.

ANATOMIA - PATOLOGIA

Macroscópicamente este tipo de amibiasis puede manifestarse por lesiones

de tipo ulceroso, úlcero-fungoso, vegetante, úlcerovegetante, fistuloso, o bien de aspecto tumoral o frambuesoide. En general la tendencia supurativa es escasa.

Microscópicamente el cuadro es el de una inflamación inespecífica. Existen áreas de engrosamiento de la epidermis y áreas de ulceración; la piel es edematosa e infiltrada por linfocitos, células plasmáticas, monocitos y número variable de polinucleares y eosinófilos. El tejido que rodea la ulceración muestra fibrosis, y los vasos linfáticos y sanguíneos dilatación. Las amibas pueden ocasionalmente verse dentro de ellos, pero más frecuentemente se les halla en nidos en las áreas de necrosis (1-10). También pueden observarse sitios donde el aspecto es papilomatoso o pseudo-epiteliomatoso (9).

SINTOMATOLOGIA

Los casos de amibiasis cutánea son esporádicos y aislados. Se presentan por igual en ambos sexos, en todas las eda-

des y razas. La pobreza, la promiscuidad, el desaseo, el descuido de las lesiones intestinales y extraintestinales y las intervenciones quirúrgicas sobre el colon o sobre vísceras con amibiasis favorecen el compromiso tegumentario.

En la mayor parte de los casos se presenta como un proceso ulceroso o tumoral ulcerado que en la mayoría de los casos adquiere carácter fagedénico o gangrenoso, con sensación de ardor y quemadura, que sangra fácilmente y se acompaña de secreción mal oliente.

Al tacto es generalmente de consistencia acartonada. Las ulceraciones pueden ser redondeadas u ovaladas, policíclicas irregulares o serpiginosas, sus bordes endurecidos en algunas partes, reblandecidos en otras, en ocasiones cortados a pico y en otras desprendidos.

Según Engmann y Maleney, pueden resumirse así las características de la ulceración cutánea amibiana: "es una pérdida de substancia rápidamente extensiva, de contornos irregulares debido a la variable actividad de sus distintas porciones, rodeada de un halo inflamatorio, con sensibilidad y dolor muy acentuados a la presión. Su fondo se encuentra constituido por tejido de granulación y detritus de pus".

Síntomas generales con gran toxemia pueden aparecer especialmente en los casos que coinciden con amibiasis visceral supurada. En ellos, si el diagnóstico y la terapéutica adecuados no son establecidos con prontitud, puede ocurrir la muerte (8). Pardo Castelló (citado 6), revisando 28 casos de amibiasis cutánea, encuentra un 53% de mortalidad.

Los casos localizados a distancia, como son los de los dedos, piernas, etc., no presentan trastornos generales severos y la curación es la regla.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

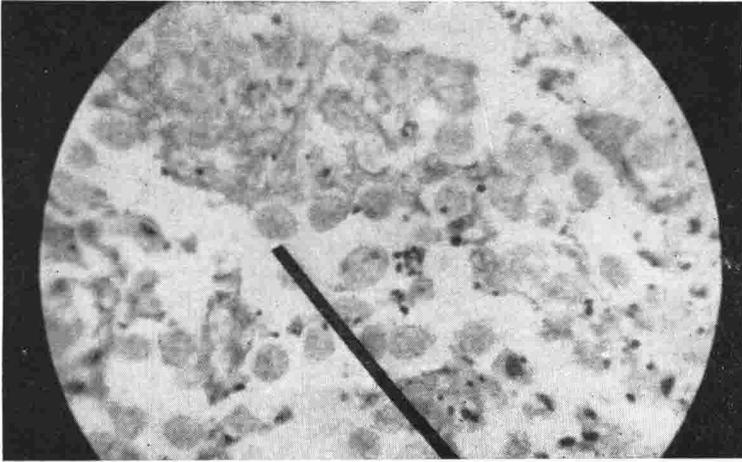
La evolución de esta entidad es en general lenta e insidiosa, excepto en aquellos casos en los cuales existen lesiones viscerales que son las que generalmente ensombrecen el pronóstico. Con terapéutica adecuada y oportuna, la evolución es generalmente favorable. El pronóstico es bueno en las formas peri-anales, en las localizaciones a distancia y en el ameboma. Es especialmente desfavorable en las llamadas formas "paraquirúrgicas". Son también de importancia para el pronóstico el estado de salud previo, así como su estado de nutrición, sus condiciones de vida y la asociación con otras entidades debilitantes.

DIAGNOSTICO

Se hace en base de las manifestaciones clínicas, de los hallazgos parasitológicos e histológicos y en algunas oportunidades por la respuesta a la terapéutica específica.

Diagnóstico clínico. Se realiza teniendo en cuenta los antecedentes epidemiológicos y de crisis disintéricas previas, unidas a los caracteres morfológicos de las lesiones. En muchos casos coincide la aparición de cualquiera forma de amibiasis extraintestinal con una crisis disintérica, hecho éste de importancia para valorar correctamente un examen parasitológico de la lesión, especialmente cuando se halla localizado en la región perineal. En general, no ofrece dificultades si se piensa en esta entidad.

Diagnóstico parasitológico. Se puede realizar, ya por métodos directos como son el examen en fresco del raspado de las lesiones y el examen parasitológico de las heces, ya por métodos indirectos dentro de los cuales los más importantes son el cultivo, la inocu-



lación animal y la rectosigmoidoscopia.

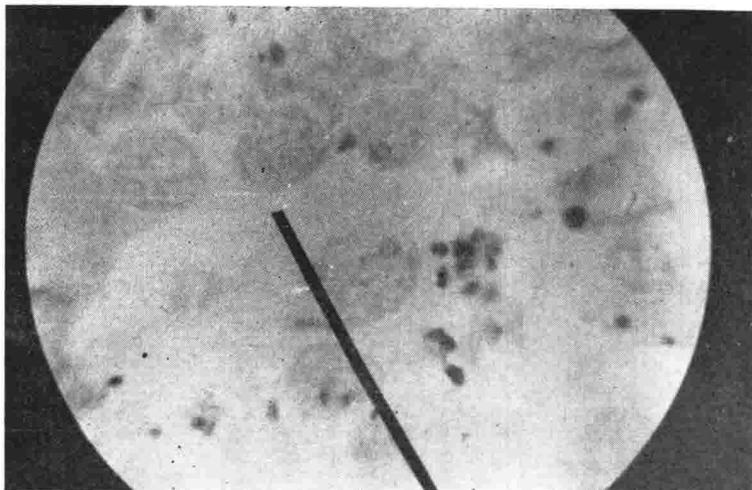
El examen directo en fresco es de especial importancia, ya que casi siempre hace el diagnóstico, puesto que las lesiones son muy ricas en parásitos. Debe preferirse este método al de coloración, ya que con este último se enquistan las amibas (12). El procedimiento es sencillo y al alcance de todo médico práctico, dando resultados en ocasiones positivos cuando la misma histopatología es negativa. En todos los 18 casos publicados por Cardona y col. (2), en los dos comunicados por Milroy (8) en los tres de Restrepo y Méndez Lemaitre (13), en el de Nevarez y Avilés (9), lo mismo que en los de Piedrahita y en el que referimos, el diagnóstico se hizo por examen directo. En la mayoría de estos casos, biopsias previas no demostraron las amibas y fueron informadas como tejido inflamatorio.

Es de importancia el examen parasitológico de las materias fecales para demostrar la concomitancia parasitaria.

El cultivo en medios apropiados es de gran valor y fácil de obtener, dada la gran cantidad de formas vegetativas presentes. Igualmente la rectosigmoidoscopia es un elemento útil de diagnóstico, especialmente en los casos en que las heces son parasitológicamente negativas. La inoculación es, desde el punto de vista práctico, de poco valor.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

La demostración de las amibas en tejidos obtenidos después de la muerte bien puede no mostrarlas al microscopio, debido a la desintegración post-mortem de su citoplasma. Aun en material de biopsias pueden no observarse si la coloración no es muy buena y si no se realizan cortes seriados. Creemos que el procedimiento es de suma utilidad, especialmente para confirmar el diagnóstico realizado por otros procedimientos, siempre y cuando se tomen biopsias amplias que sean demostrativas de las diferentes áreas lesionadas.



PRUEBA TERAPEUTICA

Conserva su valor en aquellos casos en los cuales existe la sospecha clínica y no puede realizarse ninguno de los métodos mencionados anteriormente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse con numerosas entidades, teniendo en cuenta las diversas formas clínicas que adopta la amibiasis cutánea. Puede resumirse de la siguiente manera:

a) Forma ulcerativa. Debe diferenciarse del carcinoma ulcerado, granuloma venéreo, úlceras sépticas, pestosas, luéticas, leishmaniásicas y micóticas.

b) Forma vegetante. Se diferencia de la Leishmaniasis frambuesiforme, tuberculosis vegetante, pianomas primarios, papilomas, condilomas y algunas micosis.

c) Forma fistulosa. El diagnóstico diferencial se hará principalmente con

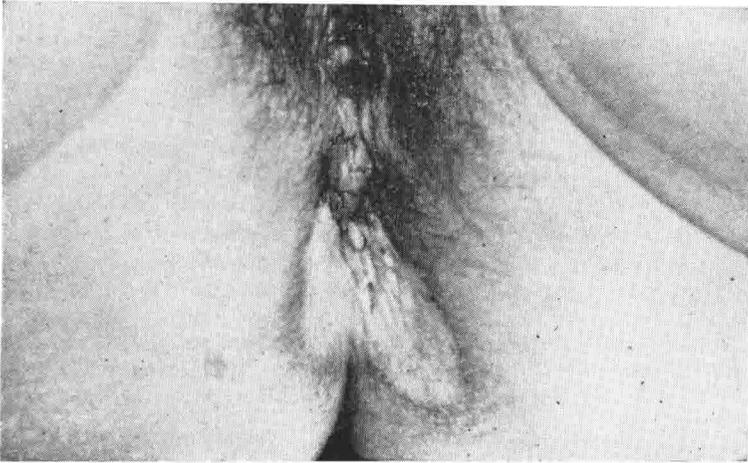
fístulas tuberculosas, micóticas y tumorales.

d) Forma granulomatosa. Se distinguirá del carcinoma escamo-celular, condilomas infectados y granuloma venéreo.

TRATAMIENTO

Lo podemos dividir en medicamento e higiénico dietético.

Medicamentoso. En general se considera que la droga de elección es la emetina, administrada a la dosis habitual, pudiéndose dar más de una cura si el caso lo requiere, con intervalos de 10 días. La cloroquina, que es menos tóxica y también efectiva en los casos de amibiasis extraintestinal, especialmente en las formas hepática y pulmonar, puede emplearse asociada a la emetina. Como puede encontrarse asociada a una disentería amibiana aguda, el tratamiento de ésta quedará comprendido en el de la amibiasis extraintestinal en curso. Si se trata de



amibiasis intestinal crónica, podrán emplearse cualesquiera de los derivados de las hidroxiquinoleínas, arsenicales, arsénico-bismúticos, antimaláricos, derivados de la cloro-acetamida, de la cloro-acetil-metil-amida o de los fenantrolínicos, etc. (11).

Para combatir la infección sobregregada pueden emplearse localmente preparados sulfamídicos o antibióticos.

Higiénico-dietético. Hace relación a la necesidad de reposo en cama, así como al mejoramiento de las condiciones generales del paciente y a los apropiados cuidados de nutrición y de enfermería.

PRESENTACION DEL CASO CLINICO

Nombre: A. M.

Edad: 28 años.

Profesión: Hogar.

Procedencia: La Palma (Cundinamarca).

Estado civil: Casada.

Historia clínica: 290904.

Motivo de consulta: Lesión ulcerosa y pruriginosa de la región perianal.

Historia de la enfermedad actual: Refiere la paciente que desde hace aproximadamente 6 años ha venido presentando cuadro doloroso abdominal, acompañado de periódicas evacuaciones líquidas, con moco, pus y abundante sangre, acompañadas de pujo y tenesmo. Tales crisis se presentaban durante el día y la noche con frecuencia de 8 a 9. Esta sintomatología alternaba con períodos de remisión de meses, al cabo de los cuales reaparecían las manifestaciones clínicas. Las crisis disenteriformes se acompañan de sensación de mareo, cefalea, náuseas, sed, anorexia e intolerancia para algunos alimentos, especialmente en la noche. El último episodio disentérico, según refiere, se le presentó 6 meses antes de su ingreso. Desde hace un año empezó a presentar prurito anal, el cual fue seguido de la formación de una pápula en el lado derecho de esta región, la cual se ulceró y posteriormente se extendió al lado opuesto; progresivamente fue aumentando de

tamaño hasta rodear todo el orificio anal. Esta úlcera ha sido intensamente pruriginosa y dolorosa, sangra fácilmente en forma espontánea y con el roce de la ropa.

Antecedentes familiares: Negativos.

Antecedentes personales: G3P3. Vivienda: vive en un rancho, sin sanitario, con piso de tierra y tabla y paredes de bahareque. No tiene agua corriente.

Fue tratada con Yatrén, Enterobioformo, Rodameb, Violeta de Genciana y Nitrato de plata, sin obtener ninguna mejoría.

Examen físico: Se trata de una paciente en buenas condiciones generales. T. A.: 130 × 80. Temperatura: 36.5°C. Respiraciones: 24/mn. En la región anal se observa una lesión vegetante y ulcerosa de aproximadamente 7 centímetros de diámetro, de bordes levantados y con algunas formaciones de aspecto papilomatoso, las cuales son extremadamente dolorosas al tacto y sangran con facilidad. (Fig. N° 1). El orificio anal parece estar estrechado y es muy doloroso al tacto. En el recto, en una extensión de 2-3 cms., se palpan pequeñas masas irregulares que sangran con facilidad.

IMPRESION DIAGNOSTICA

- a) Lesión micótica.
- b) Carcinoma.
- c) Enf. de Nicolas y Fabre.
- d) Amibiasis cutánea.

Laboratorio: Glicemia: 73 mg.%; N. uréico, 8,1 mg.%; creatinina: 0.84 mg. %; Kahn y Cardiolipina: negativos; Hemoglobina: 13 grs.% hemat.: 39; V. S. G.: 10 mm. ½ hora y 30 mm. 1 h.; Leucocitos: 9800 (neut.:

45%; linf. 43%; mon.: 1% basof.: 1%). Parcial y sedimento urinario: normal. Parasitoscóptico de materia fecal: 1° negativo; 2° positivo para huevos de *T. trichiura*; 3° positivo para huevos de *T. trichiura* y de *A. lumbricoides*; 4° negativo.

Rectosigmoidoscopia: a una distancia de 20 cms. de visión. En la región perianal posterior se observa una lesión vegetante con bordes levantados y anfractuados, de consistencia acartonada, de color penetrante. Se observan también otras lesiones condilomatosas. Diagnóstico proctológico: Condiloma Lanatum ulcerado.

Primera biopsia: N° 4874-63; los cortes muestran epitelio escamoso estratificado con hiperqueratosis y acantosis muy severas. En ocasiones se ve papilomatosis y el corión muestra canales vasculares neoformados e infiltrado inflamatorio inespecífico.

Examen en fresco del raspado de las lesiones: Se observan numerosas formas vegetativas de *Endamoeba histolytica*.

Segunda biopsia: N° 5198-63; existen áreas de ulceración, acantosis e hiperplasia pseudo-epiteliomatosa. Hay zonas de necrosis con abundante infiltrado mononuclear y en las cuales existen abundantes trofozoitos de *E. histolytica*. Diagnóstico: amibiasis cutánea. (Figs. Nos. 2-3).

Rayos X: Torax y colon por enema: normales.

Evolución y tratamiento: Se administró emetina en las dosis de 1 mg. por kg. de peso por día durante 10 días, serie que se repitió una vez más luego de un intervalo de 10 días. Conjuntamente se administró difosfato de cloroquina (500 mg. diarios durante 45 días). Al cuarto día de iniciado el tratamiento disminuyó el dolor local

y se inició la cicatrización que se completó a los 37 días. (Fig. N° 4). Durante su estadía en el servicio tuvo ligeros trastornos imputables a la emetina y varias crisis de diarrea que ce-

dieron definitivamente hacia el final de su hospitalización. Se da de alta curada clínica y parasitológicamente con el diagnóstico final de *amibiasis cutánea*.

RESUMEN:

Los autores hacen un análisis de la etiopatogenia, de la anatomía patológica y del cuadro clínico de la amibiasis cutánea. Valoran los diferentes

métodos de diagnóstico, el diagnóstico diferencial y el tratamiento de la entidad. Ilustran el trabajo con la presentación de un caso.

BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, W. A. D., Pathology. 4ª E. The C. V. Mosby Comp. Saint Louis, 1961.
2. Cardona, C. P. N., Guzmán, A., Cardona, A. F., Díaz, C. R., Isaza, M. G.: "Amibiasis genital femenina". Trib. Med. II (1), 1. Sep. 3, 1962.
3. Carrizosa, A. R.: "Amibiasis del cuello uterino". Tribuna Médica. Bogotá, I (12): 1; 10 noviembre 1961.
4. Hernán, H. B., Leonard, S. B.: "Penile ulcer caused by *Endamoeba histolytica*". J. A. M. A. 120 (11): 827-828. Noviembre 14, 1942.
5. Latapi, F.: "Amibiasis cutánea. Comunicación de un caso con lesiones ulcerosas peri-anales y nasales". Prensa Médica Mexicana. 14: 268. 1949.
6. León, A.: "Amibiasis cutánea". Medicina Revista Mexicana. XLII (899) 375-384. Septiembre 10, 1962.
7. Mendizábal, A. Q., Dib, J. E.: "Un caso de amibiasis del pene". Medicina Revista Mexicana. XLIII (916) 240-243. Mayo 25 de 1963.
8. Milroy, P., Abeyaratne, M.: "Cutaneous Amoebiasis". The Brit. Journal of Surgery. XLIX (215) 288-291. Noviembre, 1961.
9. Nevarez, V. C., Avilés, N. F.: "Amibiasis cutánea. Un caso de localización vulvar". Rev. Ecuat. de Higiene y Med. Trop. 13 (3): 197-199. Julio-septiembre, 1956.
10. Orsmsby, O. S., Montgomery, H.: Diseases of the Skin. L. E. A. and Febiger. Philadelphia 7ªE., 1948.
11. Pessoa, S. B.: "Parasitología Médica". 6ª ed. Guanabara Coagan S. A. Río de Janeiro, 1963.
12. Piedrahita, A.: "Amibiasis cutánea y fagedenismo del pene, determinado por la amiba histolytica". Ann. de la Acad. de Med. de Medellín. I (6): 378-392, 1944.
13. Restrepo, R., Méndez, L. A.: "Afecciones amibianas confundidas con cáncer". Rev. Fac. de Med. Bogotá. XII (3): 915-920. Septiembre, 1947.