

# Amebiasis Cutánea

## (Reporte de un caso)

Juan R. Arce V. \*  
Jorge Salas C. \*\*

Alvaro Sáenz R. \*\*\*  
Rodrigo Brenes M. \*\*\*\*

Con este nombre se designa la invasión de la piel por la *Entamoeba histolytica*. Nasse, por primera vez describió esta entidad clínica en un caso de ulceración de la pared abdominal, por drenaje de un absceso hepático. El término amebiasis cutis, primeramente fue usado por Engman y Helthansen en 1909 (8). Engman y Meleney en 1919 (5), reportaron dos casos; uno asociado con absceso amebiano del hígado y el otro a una resección del colon afectado por ulceraciones amebianas (5). Craig, en 1944 (4), puntualizó que estas lesiones ocurrían más frecuentemente a nivel de los sitios de drenaje de abscesos hepáticos y en la región perianal. La localización cutánea no es muy frecuente; hasta 1951, Kreutzer (6), pudo recopilar 50 casos, muchos de los cuales estaban incompletamente estudiados. Recientemente, Ruiz Moreno (10) en México, Milroy (7) en Ceilán y Norwich (9) en Africa del Sur, han reportado otros casos.

### REPORTE DE UN CASO

Se trata de un paciente de 60 años de edad, del sexo masculino, que fue admitido en el Hospital México, Caja Costarricense de Seguro Social, con diagnóstico de carcinoma de la pared abdominal, en el mes de abril de 1975. Entre los antecedentes más importantes anotamos que en 1969 había sido sometido, en otro hospital, a una resección abdomino-perineal con colostomía permanente, por carcinoma de recto, que estaba situado a 8cms. del margen anal.

**Enfermedad actual:** aproximadamente un mes y medio antes de su ingreso al Hospital, presentó alrededor del sitio de la colostomía, en la fosa ilíaca izquierda, un pequeño absceso que se abrió espontáneamente y continuó drenando material purulento, maloliente. Este absceso formó poco después una ulceración, la cual se

fue extendiendo rápidamente en superficie, hasta abarcar prácticamente toda la fosa ilíaca izquierda. El paciente se quejaba de dolor a nivel de la ulceración y sobre todo del mal olor que despedía el drenaje continuo de material purulento. No había antecedentes de diarrea, fiebre, ni otra sintomatología. El estado general se había alterado ligeramente, ya que tenía poco apetito y había perdido de 5 a 6 libras desde el inicio de su enfermedad. Al examen físico: paciente de 60 años, en condición general aceptable, bien constituido y orientado. Los hallazgos principales estaban en el abdomen, a nivel de la fosa ilíaca izquierda, donde existía una colostomía en un punto equidistante entre el ombligo y la espina ilíaca ántero-superior. Además, presentaba una enorme ulceración que medía aproximadamente 12x10 cms., que ocupaba prácticamente toda la fosa ilíaca izquierda y se extendía alrededor de la colostomía, un poco hacia la línea media, abarcando parte de la fosa ilíaca derecha. La ulceración estaba rodeada de bordes elevados, indurados, eritematosos y más allá de los mismos había infiltración dura de la piel. Al tacto, la lesión y los bordes eran muy dolorosos, con olor fétido muy fuerte. No había invasión de colon, ya que no existían ulceraciones superficiales a nivel de la mucosa de la colostomía. Llamaba la atención, que los bordes de la lesión sangraban fácilmente al tacto. El hígado y el bazo no eran palpables. (Foto No. 1).

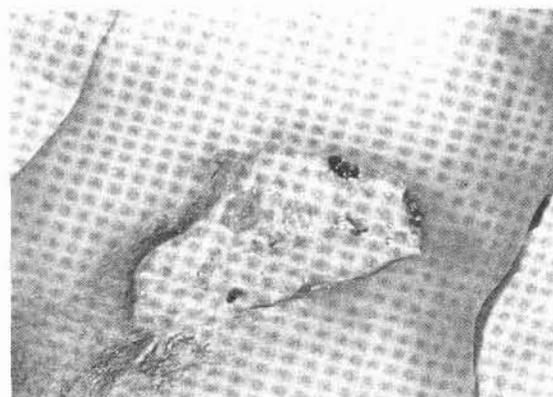


Foto No. 1: Se observa la lesión con que ingresó el paciente y que abarcaba en su totalidad, la fosa ilíaca izquierda.

\* Servicio Cirugía General No.2, Hospital México, C.C.S.S.

\*\* Departamento Anatomía Patológica, Hospital México, C.C.S.S.

\*\*\* Depto. Cirugía Reconstructiva, Hospital México, C.C.S.S.

\*\*\*\*Profesor Parasitología, Universidad de Costa Rica.

Se procedió a tomar una biopsia de la lesión, la cual mostró la presencia de tejido inflamatorio y gran cantidad de trofozoítos-forma magna- de *E. histolytica*. El frotis y raspado de la secreción, también evidenciaron la presencia de esos trofozoítos. (Fotos No. 2 y No. 3).

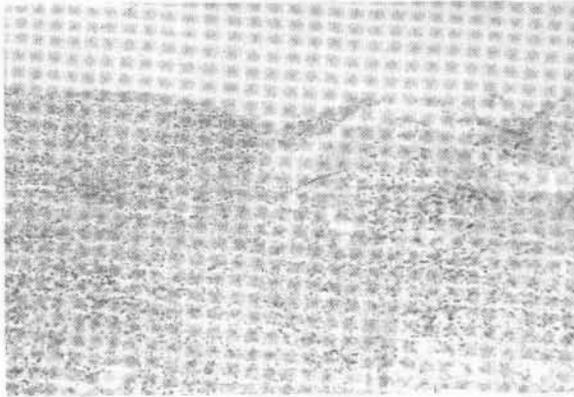


Foto No. 2: Corte de piel ulcerada que muestra infiltrado inflamatorio y crónico. Hematoxilina y eosina por 100.

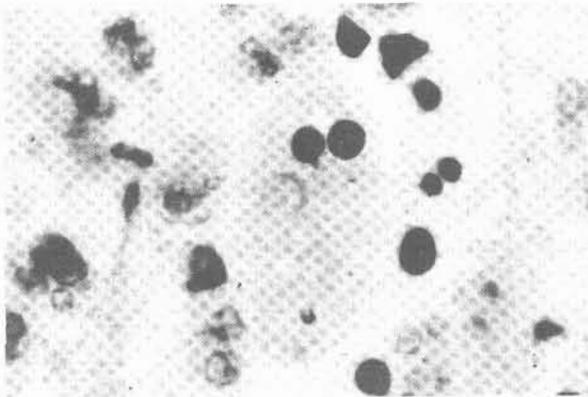


Foto No. 3: Frotis de la lesión. Se observa un trofozoíto-forma magna- de *E. histolytica*, con glóbulos rojos intracitoplasmáticos y cariosomas característicos. Gamori x 1.000.

Un colon por enema, a través de la colostomía, fue normal. Con estos hallazgos se hizo el diagnóstico de amebiasis cutánea a nivel de la pared abdominal y se trató por vía oral, con Metronidazol, 250 mgrs. 3 veces al día, por 10 días, seguidos de Diyodohidroxiquinolina, 650mgrs. 3 veces al día por 21 días, con desaparición completa de la lesión al cabo de 6 semanas. (Figura No.4).

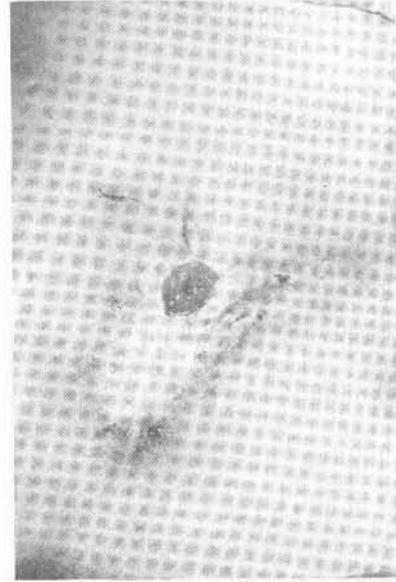
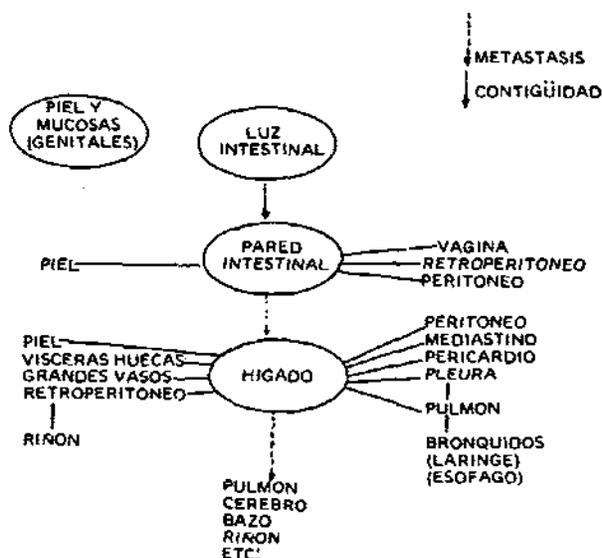


Foto No. 4: Muestra la evolución de la lesión 3 semanas después de instituido el tratamiento, con Metronidazol y Diyodohidroxiquinolina.

#### COMENTARIO.

Las lesiones consecutivas a la invasión de la piel por trofozoítos— forma magna de *Entamoeba histolytica* — se les considera como una complicación rara de la amebiasis visceral, o una entidad clínica independiente. Por lo general, el foco primario está situado en el intestino, hígado, o bien, en cualquier otra región del organismo. El desarrollo de la amebiasis en la piel normal es extraordinariamente rara, si es que existe del todo. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la infección ocurre en piel previamente dañada y desvitalizada, como en nuestro caso, en el cual la implantación se produjo en la piel alrededor de la colostomía, la que está crónicamente irritada por el contacto permanente con la materia fecal. Cordero (3) establece que además de las condiciones locales de la piel, deben existir otros factores concomitantes, como son: foco primario activo y disminución de las defensas naturales, como sucede en pacientes con amebiasis aguda o visceral. Se dice también, que las personas portadoras de amebiasis asintomática, o que eliminan solamente quistes, no producen localización cutánea. A este respecto, es interesante el hecho de que nuestro enfermo no tenía antecedentes de disentería previa a la aparición de las lesiones en la pared abdominal. En los casos de Norwich y Osborne (9), no se pudo demostrar la enfermedad activa visceral, a pesar de que los

dos pacientes desarrollaron amebiasis cutánea. Es posible que en estos casos, en los que no se puede demostrar foco visceral, lo que se produce es una diseminación embólica amebiasica, por la vena porta, desde el intestino y por vía retrograda a través de las venas paraumbilicales, epigástricas inferiores y las superiores, hasta llegar a la pared abdominal anterior. Existen casos excepcionales en los cuales la forma infectante es el trofozoíto de *E. histolytica* forma magna, que se implanta directamente en la piel o en las mucosas genitales, a pesar de que habitualmente la forma infectante es el quiste maduro tetranucleado eliminado en las heces y que es ingerido mediante diversos mecanismos. En el intestino el quiste eclosiona, dando lugar a una forma ameboide que se divide formando 8 trofozoítos, forma minuta, que se establecen en la luz del colon, los que se reproducen por división binaria y forman una colonia en la luz del intestino grueso, pudiendo originar, según las condiciones, trofozoítos forma minuta, quistes y a veces la forma magna, siendo ésta la primera y obligada etapa de la enfermedad (1). De ahí se pueden originar las otras formas clínicas de amebiasis intestinal o extraintestinal (Figura No. 1). En la gran mayoría de los casos de amebiasis cutánea, la implantación del trofozoíto -forma magna- se produce por contigüidad o inoculación proveniente de un foco interno, que puede ser el intestino, hígado, heridas de apendicectomía, en colostomías, etc. Esto es lo que se ha llamado infección autoexógena. En otros casos, se origina la implantación a distancia del foco primario, como en la cara, en los miembros, o en el pene, en los pacientes que practican sodomía. A esto se le ha denominado infección heteroexógena. Las lesiones cutáneas se llaman amebides y desde el punto de vista macroscópico, pueden ser ulceradas o vegetantes; ambas formas presentan marcado edema e infiltración periférica, con calor local y manifestaciones reaccionales que son más notorias en la forma aguda, o subaguda, que en las formas crónicas. Como se señaló anteriormente, la localización más frecuente de la amebiasis cutánea es la región anal o perianal. En nuestro caso en particular, es interesante el hecho, ya descrito por Ruiz Moreno (10,11) y otros (12,13), de la dificultad que existe a veces en hacer un diagnóstico diferencial entre el carcinoma del recto y ameboma. El ameboma del recto, a la palpación puede ser de consistencia un poco más suave, pero tal vez más doloroso debido a la inflamación. En el examen endoscópico, el aspecto de ambas lesiones es similar y en general, se trata de una masa ulcerada, con bordes levantados, irregulares y sangrantes, por lo que el diagnóstico definitivo debe ser establecido por biopsia. En la revisión del expediente



Esquema de las posibilidades de Migración de *Entamoeba histolytica* en el hombre. (Tomado del Biagi. Rev. Cub. Trop. 26: 103-116, 1974.)

del año 1969, en que este paciente fue sometido a resección abdomino-perineal por un carcinoma de recto, de acuerdo a la descripción, la lesión estaba situada a 8cms. del margen anal; sin embargo, un análisis completo de la pieza operatoria extirpada en aquella ocasión, realizada recientemente, mostró múltiples ulceraciones en el colon, pero no se encontró cáncer. Tampoco se pudieron observar trofozoítos. Es posible que la ausencia de los trofozoítos en la pieza operatoria, sea debido a que probablemente el paciente tuvo tratamiento con algún tipo de antibiótico, tal vez Tetraciclina como preparación preoperatoria, o que los enemas hicieran desaparecer a esas formas, o por la destrucción in situ de las mismas. Esto nos hace considerar que, probablemente la lesión inicial de este enfermo fue un ameboma del recto, el cual fue confundido con un carcinoma. Como ya lo puntualizamos, la forma más segura para hacer el diagnóstico diferencial entre ameboma y cáncer, es la biopsia, que debe ser tomada de una zona ulcerada, con el fin de demostrar la presencia del trofozoíto, y llamar la atención al patólogo sobre el posible diagnóstico. Por otro lado, es importante indicar la posibilidad de que ameboma y cáncer puedan coexistir. El diagnóstico de amebiasis cutánea se basa en la presencia del parásito (trofozoíto forma magna) en el examen microscópico directo de la secreción y de la lesión. La muestra debe ser examinada inmediatamente después de tomada, porque los trofozoítos

tos se destruyen rápidamente. Las formas macroscópicas de la lesión pueden ser vegetantes y ulceradas; las vegetantes son más frecuentemente vistas en la región perianal. Una lesión típica de amebiasis cutánea, se presenta como una úlcera de forma irregular, con bordes levantados, marcada reacción inflamatoria periférica, que se extiende más allá de la lesión. La ulceración está cubierta de material blanquecino mucopurulento, espeso y tejido necrosado; es muy dolorosa al tacto, con olor fétido y parece extenderse ampliamente, con necrosis de la piel y tejidos adyacentes, pero sin adoptar los múltiples trayectos fistulosos subcutáneos, que caracterizan la fistulización de abscesos profundos que se abren en la piel. Lógicamente que el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con algunas lesiones de tipo parasitario de la piel, pero sobre todo, con carcinoma y micosis. En nuestro caso, la biopsia del borde de la lesión, permitió al patólogo hacer claramente el diagnóstico de amebiasis, lo que fue corroborado con el frotis y el raspado, al observar el trofozoito típico de la forma magna de *E. histolytica*. Una vez hecho este diagnóstico, el tratamiento es médico. Para algunos autores la Emetina es la droga de elección, combinada con Diyodo-hidroxiquinolina. Con el descubrimiento, en el año 1966, de las propiedades amebicidas de los imidazoles, el tratamiento de la amebiasis se ha simplificado (2), por su buena tolerancia, ausencia de reacciones secundarias y fácil administración, que hacen de ella la droga de elección. Como se anotó, nuestro caso fue sometido a tratamiento con Metronidazol y Diyodo-hidroxiquinolina, con excelentes resultados. Se afirma que la acción de los imidazoles a nivel de la luz intestinal es pobre, por lo que se debe complementar la medicación con Diyodo-hidroxiquinolina. Algunos autores prefieren, sin embargo, el uso de la Cloroquina, con excelentes resultados.

#### RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se describe un caso de amebiasis de la pared abdominal, en un paciente que había sido sometido a una resección abdomino-perineal 6 años antes, por supuesto carcinoma del recto. La revisión de la pieza operatoria no reveló la presencia de cáncer, pero sí de ulceraciones a nivel del colon sigmoideas y del recto, aunque no se pudo comprobar la presencia de trofozoitos. Nosotros creemos que la lesión inicial del paciente fue un ameboma del recto, el cual fue confundido con carcinoma. Es interesante el hecho de que es rara la implantación de *E. histolytica* en la pared abdominal; en este caso en particular, suponemos que el origen de la

amebiasis fue el intestino grueso, ya que el paciente tenía una colostomía, la cual había producido maceración por irritación crónica de la piel, con la implantación secundaria de los trofozoitos a ese nivel. El tratamiento con Metronidazol y Diyodo-hidroxiquinolina, fue excelente, con desaparición completa de la lesión al cabo de seis semanas.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) BIAGI, F.: Algunos Conceptos actuales sobre la Amebiasis. Rev. Cubana Med. Trop. Vol. 26, Pág. 103, 1974.
- 2) CAVIER, R.: Los nitro-5-Imidazoles utilizados en el tratamiento de ciertos protozoos intestinales. Rev. Cubana Med. Trop. Vol. 26, pág. 117; 1974.
- 3) CORDERO, A.F.: Dermatología Médico-Quirúrgica. Pág. 120, 3a. Ed., 1972. Guatemala, C.A.
- 4) CRAIG, O.F.: Amebic Invasion of the Skin. The Etiology, Diagnosis and treatment of Amebiasis. The Williams and Wilkins Co., Baltimore. Pág. 162, 1944.
- 5) ENGMAN, M.; MELANEY, H.: Amebic Cutis. Report of two cases. Surgery. Vol. 13, 460; 19 43.
- 6) REUTZER, : Cutaneous amebiasis. Surgery, Vol. 29; 149; 1951.
- 7) MILROY, P.; ABEYAROUTNE, M.: Cutaneous Amoebiasis. Brit. J. Surgery. Vol. 49: 288- 291; 1961.
- 8) MONTGOMERY, H.: Dermatopathology. Vol. 1. pág. 620. Hoeber Medical Division. Hroper Row Publishers. New York, 1972.
- 9) NORWICH, I.; OSBORNE, N.: Amoebiasis of the anterior Abdominal - Wall. S.A. Med. J., Pág. 1192, Sept. 1969.
- 10) RUIZ MORENO, F.: Amebic Granuloma of the colon and rectum. Dis. Colon and Rectum. Vol. 6: 201; 1963.
- 11) RUIZ MORENO, F.: Comunicación Personal. 1975.
- 12) SONG, Y.S.: Cutaneous Amibiasis. Report of two cases. Ann. Int. Medicine: vol. 44: 1211; 1956.
- 13) SPICKNAIL, G.; PIESCE, E.C.: Amebic Granuloma. Report of 4 cases and review of literature. New Engl. J. Med., vol. 250: 1055; 1954.