

## Introducción

El protozoo *Entamoeba histolytica* es el agente etiológico de la amebiasis humana; enfermedad infecciosa, cuya presentación clínica más usual es la disentería, seguida de la colitis amebiana y las lesiones hepáticas abscedadas. La amebiasis genital por *E. histolytica* es una entidad poco común incluso en regiones endémicas

## Objetivos

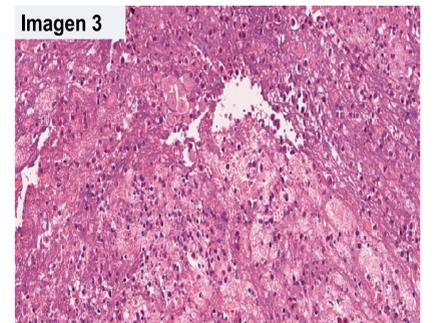
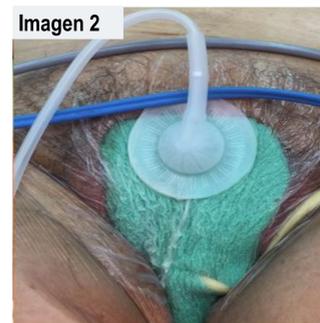
Describir la experiencia institucional de manejo y tratamiento de una paciente con necrosis de Fournier asociada a amebiasis extra intestinal.

## Bibliografía

1. Watanabe K, Petri WA. Molecular biology research to benefit patients with *Entamoeba histolytica* infection. *Mol Microbiol.* octubre de 2015;98(2):208-17.
2. Ximénez C, Cerritos R, Rojas L, Dolabella S, Morán P, Shibayama M, et al. Human amebiasis: breaking the paradigm? *Int J Environ Res Public Health.* 2010;7(3):1105-20.
3. Antony SJ, Lopez-Po P. Genital amebiasis: historical perspective of an unusual disease presentation. *Urology.* diciembre de 1999;54(6):952-5.
4. Ralston KS, Petri WA. Tissue destruction and invasion by *Entamoeba histolytica*. *Trends Parasitol.* junio de 2011;27(6):254-63.
5. Ravdin JI, Croft BY, Guerrant RL. Cytopathogenic mechanisms of *Entamoeba histolytica*. *J Exp Med.* 1 de agosto de 1980;152(2):377-90.

## Reporte de caso

Paciente postmenopáusica, que ingresó a la Fundación Valle del Lili por cuadro clínico de un mes de evolución consistente en eritema vulvar y vaginal, asociado a signos inflamatorios y secreción purulenta que compromete región vulvar, vagina, periné y borde inferior de glúteos con sospecha de Necrosis de Fournier. La paciente ingresó con signos clínicos de hipoperfusión y exámenes de laboratorio que evidenciaron compromiso multisistémico. Fue hospitalizada en unidad de cuidados intensivos (UCI), debido a choque séptico. Se inició reanimación guiada por metas y manejo con linezolid, meropenem y fluconazol. Se decidió llevar a vulvotomía total donde se encontró necrosis completa de la vulva y vagina. Requirió desbridamiento total de todo el espesor del tejido subcutáneo en toda su extensión hasta 10 cm de la piel de la zona glútea. Requirió tres cirugías adicionales, reconstrucción con colgajos y cierre por segunda intención con terapia enterostomal por cuatro meses. La evolución postquirúrgica fue satisfactoria



Descripción de las imágenes: Imagen 1. Lesión con bordes necróticos a nivel de vulva, vagina, periné, y borde inferior de glúteos ; Imagen 2. Debridamiento vaginal, vulvar con remoción de tejido celular subcutáneo y posterior posicionamiento de sistema VAC; Imagen 3. Placa histológica que muestra regiones ulceradas y necróticas asociadas a estructuras parasitarias compatibles con trofozoitos de ameba en eritrofagocitosis; Imagen 4. Evolución de área comprometida

## Discusión

El compromiso extra intestinal por amebiasis es una entidad poco frecuente. Suresh et al en 1999 (3) analizaron 148 reportes de casos disponibles en la literatura médica desde 1924 hasta 1997, de los cuales 85% correspondían a mujeres. En este grupo, el síntoma predominante fue la descarga vaginal, asociado a dolor abdominal (37%) y lesiones genitales ulcerativas (8.1%). En el caso particular de *E. histolytica*, el cuadro clínico inicial es susceptible de manejo médico sin generar mayores complicaciones. Sin embargo la progresión de la enfermedad puede llegar a causar extenso compromiso de los tejidos blandos con necrosis vulvovaginal, sobreinfección y compromiso sistémico (4,5). Es nuestro caso se decidió realizar un enfoque multidisciplinario que incluyera: estancia en UCI, reanimación guiada por metas y resecciones amplias de tejido, buscando control local del foco infeccioso, cirugía plástica y terapia enterostomal. La terapia de presión negativa VAC es una estrategia exitosa en estos casos, nuestra experiencia evidenció la reducción de edema en el tejido vaginal, promoviendo la cicatrización y limpieza de la herida quirúrgica.

## Conclusiones

La amebiasis vaginal puede presentarse como una infección necrotizante grave con signos de hipoperfusión y compromiso multisistémico. El diagnóstico debe incluir biopsia que permita descartar otras patologías. El tratamiento requiere un manejo interdisciplinario en unidades de alta complejidad con experiencia en el manejo quirúrgico y el uso de estrategias innovadoras.