

Amibiasis genital en una mujer

PATRICIA ALONSO *
MAURICIO WILK **

La amibiasis, endémica en nuestro medio, además de sus localizaciones habituales en colon e hígado, puede adoptar formas clínicas poco habituales que conducen a diagnósticos erróneos y eventualmente a la muerte del paciente. En nuestro medio, debido a factores socio-económicos peculiares, hay un extenso grupo de población que está expuesto a este tipo de patología,^{1,2} por lo que estas localizaciones deben ser tomadas en cuenta.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 44 años de edad, viuda originaria del Estado de México, que acudió al hospital por presentar cuadro de anemia aguda debido a frecuentes hemorragias transvaginales de seis meses de duración, acompañadas de dolor pélvico acentuado y gran ataque al estado general. Este cuadro había sido atendido mediante medicamentos varios y vitamínicos, sin que se hubiera modificado. Además había notado ictericia de lenta aparición,

presente en el momento de su ingreso al hospital. Los antecedentes gineco-obstétricos señalaban: menarca a los 13 años, fecha en que inició relaciones sexuales, gesta VII, para VII, abortos 0; su última menstruación normal fue seis meses antes de su ingreso. Como antecedentes patológicos señaló cuadros diarreicos frecuentes que desaparecían con tratamiento inespecífico.

El cuadro clínico se caracterizó por fiebre, astenia, adinamia y pérdida de peso importante. La exploración física mostró a una paciente en muy mal estado general, sumamente adelgazada, icterica, con facies hipocrática. El abdomen era globoso, blando y depresible, con hepatomegalia de 2 cm por debajo del borde costal en las líneas convencionales, excepto en el epigastrio, en donde era mayor y de consistencia dura. El examen ginecológico mostró el cuello uterino destruido por una lesión úlcero-vegetante, muy dolorosa, que se extendía hasta el tercio superior de la vagina. A través del orificio residual del cervix escurría material necrótico, fétido; ambos parametrios se encontraban infiltrados. Con estos datos se estableció la sospecha diagnóstico de carcinoma cérvico-uterino estadio III o IV, con probables metástasis a hígado.

Había anemia; la biometría hemática inicial mostró hemoglobina 4.6 gdl; hematocrito 18 mm; leucocitos 6,700/mm³. Proteínas totales 5.9; albú-

* Académica numeraria. Unidad de Patología UNAM, Hospital General de México. Secretaría de Salud.

** Pasante, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

mina 2.9 y globulina 3 g/dl, con relación A/G de 0.96; bilirrubina directa 14 e indirecta 1,4 mg/dl. colesterol total 164 mg/dl, fracción esterificada 24%; transaminasa glutámicooxalacética 200 u/ml; tiempo de protrombina 41%.

Se efectuó estudio ultrasonográfico, que identificó una tumoración epigástrica, móvil, no dolorosa, localizada en el parénquima hepático cerca del hilio, de 12 cm de eje mayor, con áreas quísticas y sólidas. Se efectuó biopsia del cervix uterino que mostró amibiasis invasora cervical. Se instituyó inmediatamente tratamiento a base de metronidazol, dihidroemetina y antibióticos. La ictericia se acentuó y presentó sangrado transvaginal abundante, síntomas de hipovolemia y muerte al quinto día de su ingreso.

HALLAZGOS DE LA AUTOPSIA

El cadáver mostraba ictericia generalizada, adelgazamiento acentuado y derrame pleural bilateral de 266 ml. El hígado pesó 1160 g; cerca del hilio hepático se encontró una lesión nodular dura de 12 cm de eje mayor que comprimía las vías biliares. Al corte estaba constituida por tejido fibroso, que alternaba con áreas de tejido cartilaginoso y calcificaciones; atrapados en este tejido, se identificaron algunos conductos biliares intrahepáticos. Microscópicamente la lesión estaba constituida por tejido fibroso y condroide, sin evidencias de malignidad, datos éstos compatibles con hamartoma hepático. El estómago se encontró muy dilatado, con abundante material hemorrágico y coágulos (1,500 ml de sangre), identificándose en la mucosa prepilórica numerosas lesiones ulcerosas sangrantes. El contenido del intestino delgado era hemorrágico (500 ml). Y la mucosa del colon no mostró lesiones ni úlceras amibianas. Ambos riñones mostraban cicatrices antiguas de pielonefritis crónica. El útero estaba firmemente adherido a la vejiga y se identificó una pequeña fistula rodeada de tejido necrótico, que se extendía a la vagina, (Fig. 1), en donde había tejido necrótico deleznable. En éste material se identificaron microscópicamente numerosos trofozoitos de *Entamoeba histolytica*, con abundante eritrofagocitosis (Fig. 2). Las lesiones ulcerosas del estómago se limitaban a la capa mucosa.

Se elaboraron los diagnósticos de: Amibiasis destructiva del cuello uterino y tercio superior de vagina, con fistula vesico-vaginal. Hamartoma del hilio hepático, con predominio del componente fibroblástico. Úlceras agudas gástricas e intestinales. Evidencia de sangrado gastrointestinal importante (1,500 cc de sangre en estómago y 500 cc de sangre en intestino delgado).



Figura 1. Organos pélvicos seccionados sagitalmente, en donde se observa la destrucción total del cuello uterino y la vagina, así como la fistula (Flecha) vesicovaginal.

Discusión

La lesión destructiva del cuello uterino fué considerada inicialmente como carcinoma cervico-uterino avanzado, incluso con metástasis hepáticas; la causa de la muerte seguramente fué el cuadro final de hemorragia, tanto genital como de tubo digestivo, en una paciente previamente debilitada y anémica. El hamartoma hepático fue un hallazgo que a pesar de no haber comprometido la vida de la paciente, le estaba produciendo ictericia por compresión de las vías biliares intra y extra hepáticas. En el momento de la autopsia no había evidencia de amibiasis intestinal, aunque en la historia clínica se señala sintomatología que sugiere cuadros de disenteria amibiana.

En la literatura, la amibiasis genital es bien conocida.^{3,6} La capacidad destructiva de las cepas invasoras se conoce ampliamente, a través de los numerosos estudios de las lesiones intestinales y hepáticas. En los genitales se han observado destrucciones



Figura 2. Fragmento de tejido necrótico del cérvix uterino en donde hay abundante material necrótico, células inflamatorias y numerosos trofozoitos de *E. histolytica* con eritrofagocitosis. (100 x, corte teñido con hematoxilina-eosina).

importantes de vagina, vulva, cuello uterino y pene. La posibilidad de que a una lesión neoplásica se le agregue una infección amibiana no es remota, circunstancia ya señalada por Albores y col.⁷ quienes describen esta asociación con carcinomas del cérvix, vulva y vagina, así como con cáncer de ano y colon.

Esta coincidencia se explica por la frecuencia con que las dos entidades se presentan en nuestro medio. Se señalan que tal vez la amiba invasora encuentra un medio ideal para asentarse selectivamente en la neoplasia, al haber necrosis y flora bacteriana patógena agregada en la lesión cancerosa, pa-

ra así desarrollar lesiones aparatosas. Asimismo, los autores mencionados hacen hincapié en la necesidad de dar tratamiento antiamebiano antes de iniciar el tratamiento oncológico, con el objeto de que la lesión amibiana desaparezca y no enmascare o aumente aparentemente la lesión neoplásica.

Un signo que hace sospechar la presencia de amibiasis es el intenso dolor, que no se presenta habitualmente cuando solamente existe la neoplasia.

Después de la infección gastroentérica, la amiba se establece produciendo lesiones ulcerosas en el intestino grueso, pudiendo pasar a la circulación sanguínea y diseminarse, según su capacidad patógena, al hígado y a otros órganos. La diseminación hacia los genitales femeninos, como en este caso ocurre, generalmente por infección por contigüidad, al efectuarse un deficiente aseo, y también a través de fistulas recto vaginales. En la literatura también se señala el acarreo de la amiba por un pene infectado durante un coito rectal.

Es de temer que lesiones como la aquí presentada, se seguirán observando mientras el saneamiento del medio ambiente, el control del agua potable, la educación pública para la salud y el diagnóstico adecuado con tratamiento específico y a tiempo no se lleven a cabo.

REFERENCIAS

1. CELIS, S.A.; NAVA, J.G.: *Patología de la pobreza*. Rev. Med. Hosp. Gral (Méx) 1970; 33:371.
2. MARTINEZ PALOMO A.; MARTINEZ, M.: *Amibiasis*. Sal. Púb. Méx. 1983; 25:563.
3. BRANDT, H.; PÉREZ TAMAYO, R.: *Pathology of human amebiasis*. Hum. Path. 1970; 1:351.
4. DEHNER, L.P.; EWING, S.L.; SUMMER, H.W.: *Infantile mesenchymal hamartoma of liver, histologic and ultrastructural observations*. Arch. Pathol. 1975; 99:379.
5. ACEVEDO, A.; BIAGI F.; SANTOYO, J.: *Tres casos de amibiasis cervicouterina*. Rev. Méd. Hosp. Gral. (Méx) 1963; 26:185.
6. GARCIA, S.M.; SILVA, R.; y HUERTA, R.: *Amibiasis de órganos genitales en ambos sexos*. Arch. Invest. Méd. (Méx.), 1971; 2 Supl, 1:367.
7. ALBORES, J.; ROSAS, A.; ALTAMIRANO, M.; BRANDT, H.: *Cancer with superimposed amebiasis*. Am. J. Clin. Pathol. 1968; 49:677.