



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

38

2ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA 3 C. M. LA RAZA
MEXICO, D. F.

AMIBIASIS GENITAL Y SU ASOCIACION CON
CANCER GENITAL EN EL HGO 3 CM LA RAZA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
GINECO - OBSTETRA
P R E S E N T A :
DR. J. BERNARDO ESCOBAR ZAMBRANO



ASESORES:
DRA. FEDIA ELSA ARAGON
DR. CESAR BACELIS

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1801



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

INTRODUCCION.	1
MATERIAL Y METODO	26
RESULTADOS.	29
COMENTARIO.	33
CUADROS Y GRAFICAS.	37
CONCLUSIONES.	49
BIBLIOGRAFIA.	51

I N T R O D U C C I O N

INTRODUCCION

Entendemos por amibiasis la infección por Entamoeba histolytica, incluyendo los casos de infección en la luz intestinal o amibiasis luminal, y los casos en que, cuando la amiba invade, se produce amibiasis tisular; obviamente, se incluyen los casos tanto asintomáticos, como los que presentan enfermedad clínica dado que la presencia de sintomatología es circunstancial y cambiante a lo largo de la infección.

Esta infección, desde el punto de vista anatomopatológico, la podemos encontrar sin producir lesiones en el huesped, o bien, producir lesiones necróticas con poca reacción inflamatoria en el intestino grueso, con menor frecuencia en el hígado y con mucha menor frecuencia en la piel, el cerebro, genitales y otros órganos. Desde el punto de vista clínico, la amibiasis se puede presentar: a) como infección asintomática, b) con diversos cuadros intestinales que podemos dividir en amibiasis intestinal aguda o crónica, c) con cuadro referidos a patología hepática, que podemos dividir en hepatitis y absceso hepático amibiano, d) como una amibiasis cutánea, e) como otras formas clínicas incluida la localización a órganos genitales. (14)

Etiología

Para fines prácticos consideramos que E. histolytica -

es la amiba parásita del hombre que:

- 1) Tiene un núcleo con cromatina periférica fina y un endosoma central fino.
- 2) Cuando se encuentra en condiciones óptimas, se desplaza con movimientos rápidos, emitiendo su pseudópodo frecuentemente en dirección única.
- 3) Si se encuentra en presencia de eritrocitos, los fagocita.
- 4) Forma quistes con cuatro núcleos, con cromatina periférica y endosoma central fino.
- 5) Cultivada en medios adecuados crece en forma óptima a temperatura de 37°C, aún cuando hay cepas que también pueden crecer a temperaturas menores, por ejemplo, 25°C.
- 6) Inoculada en algunos mamíferos puede producir lesiones ulcerosas en el intestino y necróticas en el hígado, aún cuando la virulencia es muy variable, según la cepa, el huésped, su dieta, la magnitud del inóculo y otros factores.
- 7) No produce toxinas, pero cuenta con varias enzimas proteolíticas. (20)

Epidemiología

Tiene distribución geográfica cosmopolita. Se le ha encontrado desde el Ecuador hasta el círculo polar ártico. Su distribución depende más de factores higiénicos que geográficos. Sin embargo, en las zonas sub-tropicales o tropicales con pocas diferencias entre país y país, se presenta con mayor frecuencia y los cuadros clínicos son más severos. Mientras que en las zonas restantes, la mayoría de los pacientes son portadores asintomáticos.

En México se ha calculado que alrededor del 27% de la población nacional alberga a este parásito. En encuestas de tipo serológico se han encontrado reactores positivos a "E. histolytica" en cifras que fluctúan entre el 5% y el 13%. En una revisión de casos de autopsia en un hospital de tipo general, se le encontró en un 5% como causa de muerte, ocupando el cuarto lugar entre las cinco primeras causas de muerte.

La presencia de amibas en el aparato genital femenino, es rara, y cuando se presenta afecta el cérvix, tercio superior de la vagina y en raras ocasiones vulva.

Macroscópicamente, las lesiones son múltiples o se pueden observar como solución de continuidad extensa única, irregular con presencia de tejido necrótico que es causado por -

efecto citolítico de las enzimas parasitarias como proceso de digestión química y por lo tanto hay escasa reacción inflamatoria. No se puede hacer diagnóstico exclusivamente con los cambios tisulares; la gran importancia del estudio histopatológico es que macroscópicamente no puede hacerse la diferenciación entre una infección de este tipo y un carcinoma invasor.

Patogenia

Como en todas las parasitosis, para analizar los mecanismos patógenos en la amibiasis es básico partir del conocimiento del ciclo biológico y especialmente de la migración del parásito en el organismo humano.

"E. histolytica" vive en calidad de comensal en el intestino, bajo la forma denominada "minuta", llamada también prequistica o tetrágena, es la forma pequeña, no invasora de E. histolytica", única que forma quistes. En estas condiciones, la amiba se nutre con bacterias y sustancias del contenido intestinal. Por circunstancias aún desconocidas, la forma "minuta" aumenta de tamaño, fagocita glóbulos rojos y penetra a los tejidos; es la forma invasora de "E. histolytica", incapaz de formar quistes. de acuerdo con esta interpretación, el parásito tiene probablemente dos ciclos vitales; un ciclo patógeno, durante el cual vive en la superficie de la mucosa o en la luz del intestino, se nutre de otros microorganismos y de restos alimenticios y forma quistes; y un ciclo pató

geno, durante el cual vive en la superficie de la mucosa o en la luz del intestino, se nutre de otros microorganismos y de restos alimenticios y forma quistes; y un ciclo patógeno, durante el cual vive en el espesor de los tejidos, se nutre de los productos de la histólisis, adopta únicamente la forma de trofozoito y se multiplica asimismo por división, pero sin producir quistes. (14)

La migración de "E. histolytica" en el hombre es variable. En forma habitual, la infección se establece en la luz del intestino grueso, mediante la ingestión de quistes. Excepcionalmente, la infección puede adquirirse mediante trofozoitos procedentes del exterior que se implantan en la piel o en las mucosas genitales.

"E. histolytica" puede establecerse en la luz intestinal sin producir lesiones y viviendo como comensal. Estas infecciones suelen desaparecer espontáneamente en la mayor parte de las ocasiones; sin embargo, bajo ciertas circunstancias, los parásitos invaden la pared intestinal, siendo ésta la segunda etapa fundamental de la infección.

Según la magnitud de las lesiones intestinales será la gravedad del cuadro clínico; pueden producirse complicaciones por contiguidad a la pared intestinal, vagina, retroperitoneo, piel. Bajo ciertas condiciones, los parásitos pueden llegar -

al hígado, principalmente por la vía portal y allí producir lesiones necróticas. Las cuales pueden ser microabscesos, de nominándose "hepatitis amibiana", siendo constituido el sustato anatómico por pequeños focos de necrosis, sin reacción inflamatoria, que prácticamente no son detectables por punción exploradora.

Cuando las lesiones necróticas aumentan de tamaño se habla del absceso hepático amibiano. Por contiguidad, estos abscesos pueden desarrollar diversas complicaciones. Pero por vía hematógena, las amibas pueden ir a establecerse a otros órganos; esta invasión es muy poco común y se desarrolla en pacientes que están sufriendo un absceso hepático amibiano.

Invasión de la pared intestinal. El hallazgo de parásitos en la submucosa intestinal en ausencia de otros gérmenes patógenos permite suponer que por su propia motilidad y gracias a sus enzimas, las amibas son capaces de introducirse. También se ha demostrado que la producción mecánica de lesiones en la mucosa intestinal, facilita la invasión de la pared por las amibas. Se ha encontrado que las amibas tienen diversos enzimas: glutaminasa, ceseasa, ribonucleasa, desoxirribonucleasa, succinildehidrogenasa, fosfomonoestearasa, hialuronidasa, amilasa, maltasa, estearasa y gelatinasa. (20)

Se ha demostrado que el número de amibas inoculadas a

un huésped está en función directa con la frecuencia y magnitud de las lesiones intestinales desarrolladas.

La dieta en varias ocasiones ha sido relacionada con la invasión de la mucosa intestinal. Demostrándose que las dietas ricas en almidones favorecen la invasión de la pared intestinal. Así como la adición de colesterol en la dieta ocasiona aumento de frecuencia y tamaño de las lesiones ulcerosas del intestino. Siendo este un factor nutricional de "E. histolytica", lo cual explica el aumento de la capacidad del parásito.

Esta capacidad de invasión varía de una cepa a otra; las cepas aisladas de personas con amibiasis asintomática muestran poca capacidad invasiva para los animales de laboratorio y en voluntarios humanos, y mucha en las cepas aisladas de casos humanos de disenteria.

Sin embargo, seguramente el estudio del mosaico enzimático y antigénico de "E. histolytica", así como sus posibles variaciones, y su correlación con la patogenicidad como características biológicas, dará la pauta sólida necesaria para distinguir posibles especies, subespecies y variedades.

(19)

Se ha estudiado además la susceptibilidad del huésped para desarrollar lesiones, así como la magnitud de las mismas, entre diversos individuos que ha recibido el mismo inóculo.

Sin lograrse aún conclusiones valederas. (20)

Establecimiento del parásito en el hígado. Las amibas de la pared intestinal pueden pasar al hígado, principalmente por la vena porta. Requiriéndose ciertas circunstancias específicas que favorezcan el establecimiento del parásito; lo posible es que sean varios factores y que pueden entrar en juego aisladamente o en combinación. Uno de estos factores sería el relacionado con el colesterol. En diversos estudios se ha encontrado en enfermos y en casos de autopsia, que los casos con absceso hepático amibiano presentaban niveles más altos de colesterol sanguíneo y hepático, que los pacientes del mismo grupo económico-social en los que se presentaba amibiasis intestinal sin invasión del hígado. 16

De la misma forma, se sabe que el absceso hepático amibiano se encuentra con igual frecuencia en ambos sexos en los niños, pero en adultos se encuentra en proporción de 9 a 1 entre hombres y mujeres. Esto sugiere cierta relación con las hormonas sexuales, las cuales tienen una estructura química similar al colesterol. En forma experimental, se ha demostrado que la progesterona y la testosterona, así como la cortisona, favorecen de manera importante la producción de abscesos hepáticos amibianos. Se estima que quizá la mujer no desarrolla abscesos hepáticos con frecuencia debido a la forma cíclica de los niveles de progesterona a que ellas se encuentran sujetas.

Invasión a piel, mucosas y genitales. Esta invasión puede ser:

- I. Por implantación directa en piel o mucosas.
 - a). Genitales en pacientes con amibiasis intestinal.
 - b). Habitus homosexual. Coito anal
 - c). A distancia por rascado. (autoinoculación).

- II. Por antigüedad o continuidad de lesiones intestinales a periné, órganos genitales externos y región inguinal; o a pared abdominal mediante fistulación espontánea o quirúrgica.

- III. Por apertura espontánea o quirúrgica al exterior de una lesión hepática. (16)

Es indispensable identificar la forma vegetativa del protozoario. Los trofozoitos son grandes, redondos u ovoides, con un diámetro de 20 a 25 micras y presencia de un núcleo pequeño; característicamente se observa eritrofagocitosis.

Aunque la tinción de rutina es suficiente en la mayoría de los casos, se deben confirmar estos hallazgos, utilizando tinciones especiales como son PAS (ácido paraminosalicílico) y Grocott las cuales los hacen más evidentes contra el fondo necrótico no teñido.

Clasificación clínica.

Amibiasis asintomática. Es aquella que se observa en -

un buen número de personas, especialmente escolares y adultos, con amibiasis y que no presentan ninguna molestia.

Mediante autopsia se puede distinguir entre el portador de "E. histolytica" con amibas en la luz del colon pero sin lesiones, y el individuo con amibiasis asintomática pero con pequeñas lesiones en la pared del colon que no llegaron a producir molestias. En la actualidad el desarrollo de reacciones serológicas confiables nos ha llevado a poder distinguir entre estas dos lesiones, pues el portador de "E. histolytica" tiene reacciones serológicas negativas, a pesar de demostrarse la infección en el examen coproparasitológico y en la amibiasis asintomática las reacciones serológicas son positivas; en ninguno de los dos casos hay síntomas atribuibles al parásito.

Amibiasis intestinal crónica. Generalmente es de gravedad moderada. Los pacientes pueden presentar meteorismo, dolor en la fosa iliaca derecha o en el hipocondrio derecho, molestia al evacuar o dolores abdominales de tipo cólico; en la exploración puede encontrarse todo el marco cólico doloroso. También puede presentar cuadros de diarrea que alternan con constipación o pequeña cantidad de sangre en la evacuación normal.

Frecuentemente el cuadro es acompañado de anorexia, náusea, vómitos y mareos. Muchas veces el paciente también presenta cefalea, astenia, irritabilidad y palidez. Todo este

cortejo sintomático puede ser originado por diversas causas, pero su evolución insidiosa y de varias semanas es otro elemento de sospecha para el diagnóstico de amibiasis. Desde luego debe procurarse la demostración del parásito para confirmar el diagnóstico etiológico. Si se logra la demostración de *E. histolytica* en materia fecal, aún queda la posibilidad de que el paciente tenga amibiasis asintomática y el cuadro intestinal se deba a otra etiología de modo que un tratamiento de prueba, que puede hacer desaparecer los parásitos y los síntomas.

Algunos casos de amibiasis intestinal crónica pueden quedar con unas cuantas molestias después de la desparasitación, atribuidas a un colon irritable, por la colitis amibiana de larga duración.

Estos cuadros de amibiasis intestinal crónica no son graves ni requieren hospitalización; han merecido una gran diversidad de nombres y han sido subclasificados de diversas maneras, pero todos corresponden a lesiones ulcerosas no extensas y requieren del uso de fármacos que actúen satisfactoriamente en la pared y en la luz del intestino.

La amibiasis intestinal aguda. Habitualmente constituye una enfermedad y se desarrolla en pacientes con lesiones ulcerosas más o menos extensas en el colon. La mayor parte de las veces se presenta como diarrea con sangre, con dolor abdo

minal intenso, decaimiento general, y especialmente en los niños, desequilibrio hídrico y electrolítico. Frecuentemente aparece fiebre y a veces hay signos de peritonitis.

En pocas ocasiones, la amibiasis intestinal aguda se presenta como disentería, o sea un cuadro de tenesmo (o pujo) con evacuaciones de moco y sangre, las cuales pueden o no estar acompañadas de materia fecal; ésta puede ser líquida, pastosa o sólida. Esto se debe a ulceraciones a nivel del recto, las que son punto de origen de un arco reflejo que desencadenan las contracturas que originan el tenesmo.

Las reacciones serológicas son positivas en el 60 al 80 por ciento de los casos, dependiendo sobre todo del tiempo de evolución de la invasión tisular; en los niños es más frecuente observar infecciones que producen amibiasis graves antes de la aparición de los anticuerpos, que se formarían en unas 3 semanas; por este motivo y por la efectividad del examen coproparasitológico directo en manos expertas, este estudio microscópico no será desplazado.

La amibiasis hepática. Puede subdividirse en hepatitis y abceso hepático amibiano; desde el punto de vista clínico, la diferencia estribaría en demostrar o no la presencia de una colección de material necrótico, pero además el cuadro es menos grave en la hepatitis.

Los datos clínicos más constantes son dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, hepatomegalia y fiebre; frecuentemente también aparece tos, marcada astenia, anorexia, náusea, vómito y pérdida de peso. En la exploración del área hepática puede encontrarse edema de la pared y sensibilidad a la presión en la pared abdominal o en los espacios intercostales, así como aumento de la temperatura local. En ocasiones puede palparse la fructuación del absceso o puede verse una deformación del borde costal y enrojecimiento de la piel. La ictericia es muy poco común. En la biometría hemática casi siempre se encuentra leucocitosis con neutrofilia. Suele haber elevación de la fosfatasa alcalina. Las otras pruebas de funcionamiento hepático por lo general no se alteran. Radiológicamente puede observarse inmovilidad del hemidiafragma derecho, elevación y deformación de su contorno, opacidad del seno costo diafragmático, reacción basal e infiltrado en la base pulmonar derecha. En los adultos, lo más común es que el paciente no recuerde haber sufrido diarrea con sangre o disentería, o al menos, al asistir a consulta por el absceso hepático ya no presenta molestias intestinales y los coproparasitoscópicos son negativos.

Los abscesos hepáticos amibianos complicados hacia el aparato respiratorio, además de los datos mencionados pueden presentar esputo hemoptoico, vómica, disnea y manifestaciones de derrame pleural, imagen hidroaérea y condensación o atelec

tasia pulmonar. .

La amibiasis cutánea y genital. Se caracteriza por -
ulceraciones situadas en piel y/o mucosas que se caracteri-
zan por:

- a). Crecer rápido
- b). Tener bordes bien definidos, gruesos y enrojeci-
dos.
- c). Sangrar fácilmente.
- d). Ser muy dolorosas.
- e). Secretar material sanguino-purulento.
- f). Estar rodeadas de una zona eritematosa de 0.5 a 1
cm de ancho.

Se ha descrito también la cervicitis amibiana que se
presenta como una ulceración en el cuello uterino, en muje-
res sin otras manifestaciones de amibiasis. Y mas reciente-
mente la presencia de *E. histolytica* y *E. gingivalis* como -
agentes causales de cervico-vaginitis y su asociación en -
paciente portadoras de DIU.

Diagnóstico.

La colitis ulcerosa puede ser originada por muy di-
versos agentes etiológicos, además de "*E. histolytica*". El
estudio clínico debe plantear la posibilidad de etiología-
amibiana y la demostración del parásito en la materia fe-
cal da un margen razonable de certeza en el diagnóstico. -

La demostración de amibas en una muestra tomada directamente de la lesión ulcerosa confirma el diagnóstico de amibiasis. - El resultado del laboratorio debe ser valorado de acuerdo con la sintomatología para definir un diagnóstico completo y proceder en forma adecuada al tratamiento.

Determinar la identidad de un quiste o trofozoito ante el microscopio a veces no es fácil, y requiere un adiestramiento y experiencia adecuados; sin embargo, en los laboratorios de rutina a veces estos exámenes son encomendados a personas que no han recibido un adiestramiento profesional apropiado en esta área específica de su preparación. Propicianse errores que pueden ser en dos sentidos, el no encontrar "E. histolytica" en una muestra que contiene el parásito, o bien, el informar como "E. histolytica" otras amibas o estructuras que pueden ser confundidas en un paciente que no tiene amibas.

Los pacientes con amibiasis intestinal crónica ocasionalmente eliminan trofozoitos. Lo común es que eliminen quistes que por lo generalmente salen con las evacuaciones formadas o pastosas. Desafortunadamente, la eliminación de quistes no es constante; de forma que de acuerdo con varios autores, el examen de una muestra permite el hallazgo del parásito en 50% de los casos; de tres muestras en el 85% y de seis muestras en el 97%.

Si durante la exploración del paciente se practica rectosigmoidos copia y se observan úlceras, puede tomarse una muestra del borde de la lesión para su observación microscópica por examen directo.

Los mejores procedimientos de laboratorio para buscarquistes en materia fecal son los de concentración por flotación en soluciones de alta densidad, acelerada mediante centrifugación, como el método de Faust o de Ferreira. Las muestras deben procesarse las primeras 16 hrs. y mientras tanto conservarse en refrigeración (5°C).

En la amibiasis intestinal aguda, cuando se presentan evacuaciones líquidas o moco, habrá que buscar trofozoitos, para lo cual son útiles el examen directo y el cultivo en medios apropiados (v.gr. medio de huevo-sangre coagulada). El examen directo es rápido, barato y permite la demostración de amibas en el 80% de las muestras positivas; el cultivo a las 24 o 48 horas puede demostrar las amibas en las pocas muestras positivas donde fracasa el examen directo.

Si hubiera duda en la identificación de la especie de la amiba, será necesario hacer preparaciones con coloración permanente mediante alguna hematoxilina férrica (Goldman, Heidenhain) o la coloración tricrómica de Gomori; estas preparaciones, por ser más delgadas, contienen menos trofozoitos que

las preparaciones con solución salina o lugol para examen directo.

La amibiasis hepática suele sospecharse por las manifestaciones clínicas que sugieren claramente el diagnóstico; el médico que ejerce en países donde es frecuente, generalmente está alerta de esta posibilidad patológica; sin embargo, a veces este padecimiento no se presenta en forma característica e induce a omisiones de diagnóstico.

Las reacciones serológicas son de especial utilidad en estos casos problema, en particular la reacción de hemaglutinación (cuantitativa) o en su defecto, la reacción de floculación en látex (cualitativa), siendo de utilidad aún en amibiasis cutánea. Para la cual las formas de diagnóstico son similares. Utilizándose para la amibiasis genital el P&P y la biopsia de tejido, siendo generalmente hallazgos durante el estudio de patología maligna (14-16).

ANTECEDENTES HISTORICOS

La primer descripción sobre amibiasis en región genital la hizo Lee, en China, 1932 en dos casos de cáncer del cuello uterino en los que se había asociado amibiasis a consecuencia de una fistula recto-vaginal. Wu, en China, es el primero en describir una amibiasis uterina pura en Enero de 1935. En este caso no existían lesiones vaginales, ni fistulas que por contiguidad ocasionarían el padecimiento. (2)

En 1943, Morse, describió un caso de amibiasis cervical asociado a lesión previa de otra etiología. En 1944 de Rivas presenta un caso de amibiasis uterina diagnosticada en autopsia de una paciente de 70 años que tenía una cervicitis amibiana, aunque no describe si el cuerpo uterino estaba afectado o no. (4)

Para 1954 Carter y Jones reportan su experiencia de 1500 pacientes con un diagnóstico confirmado de carcinoma cervical en donde se descubrió un caso con invasión secundaria por "E. histolytica". (2) En 1957), se publica por Bhaduri el único reporte existente en la literatura, de amibiasis en trompas de Falopio y como causa de leucorrea. En ese estudio se analizaron 125 casos de pacientes con leucorrea, descubriéndose 14 casos con "E. histolytica". Además se examinaron 26 trompas de Falopio, hallándose en dos casos "E. histolytica". (3)

En 1960, Acevedo y Biagi, publicaron el cuarto caso de amibiasis uterina con localización exclusiva en el cervix, -- siendo la primera descripción de amibiasis en México. Estos - mismos autores en 1962 y 1964 reportaron dos casos más puros- y uno asociado a carcinoma. Mencionándose en estos reportes - varias comunicaciones personales no publicadas, lo cual incrementaría notablemente el número de casos. (4) (6)

A partir de estas publicaciones existe nula informa - ción en los años siguientes en la literatura mundial. Hasta - el año de 1968, en el cual Albores Saavedra y Brandt reportan la presencia de amibiasis asociada a cáncer genital, con una- incidencia de (0.3%) para carcinoma cervical y de (2%) para - carcinoma de vulva. (8)

En 1970, Mc Clatchie, en Malasia, reporta 3 casos de - amibiasis genital con localización cervical. Lesiones inicialmente diagnosticadas como carcinoma. (9)

Siendo en el año de 1971, en México, por García Sainz y Silva, quienes presentan el mayor número de casos reporta-- dos de amibiasis genital tanto femenino como masculino. En - el mencionado reporte se describe una revisión de 9 años de vida del Hospital de Oncología CMN, en donde se detectaron 37 casos con localización genital en mujeres y dos en hombres. - (10)

Es hasta 1987 en dos publicaciones diferentes, una en México por Alonso y Wilk con el reporte de un caso de amibiasis cervical diagnosticada inicialmente como carcinoma. Y Veliath y Bansal, en la India con el reporte de 5 casos de amibiasis en el tracto genital que incluyeron: cervix, vulva y un caso en pene, en que nuevamente aparecen reportes de amibiasis genital. (13) 15)

Los últimos casos son los reportados por Arroyo y El - gueta en 1989 en Guatemala mediante dos publicaciones, en las que se comenta un caso de amibiasis asociado a cáncer cervico uterino y un caso de cervicitis de etiología amibiana en una paciente portadora de DIU. (21) (22).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por "E. histolytica" tiene una distribución mundial y afecta en promedio al 20% de la población mundial. En México se le ha encontrado entre el 5% y el 75% de la población, predominando en los medios pobres y mal saneados; aumentando su frecuencia con la edad avanzada. Una gran proporción de los afectados son portadores sanos, y solo una minoría enferma como consecuencia de la invasión tisular amibiana.

La fuente habitual de contagio es el intestino del ser humano enfermo o portador. El mecanismo de transmisión se establece por la ingestión de alimentos o agua contaminada o bien por contagio directo ano-mano-boca. Y debido a que la anatomía del aparato genital femenino guarda una relación estrecha con el ano y que por sus condiciones propias hacen de él un medio favorable para la infestación del parásito aunado a los malos hábitos higiénicos y la liberación de conductas sexuales, hacen que esta población aumente el riesgo de padecer formas invasoras del parásito.

La importancia radica en la relación que se ha reportado de amibiasis genital y cáncer cérvico-uterino por algunos autores, que va de 6.2% a 18.5% así como la dificultad clínica en el diagnóstico diferencial con procesos genitales malignos que en ocasiones retardan su diagnóstico, dando oportu-

tunidad al parásito de aumentar su proceso destructivo tisular. Lo que condiciona diagnósticos equivocados y/o etapas erróneas de procesos neoplásicos malignos que traen como consecuencia conductas inadecuadas de manejo; con repercusión directa del bienestar biosicosocial de la paciente

OBJETIVO

**Analizar la incidencia de amibiasis genital y su asociación
con cáncer genital.....**

HIPOTESIS

VERDADERA: No existe una relación directa entre cáncer cervico-uterino y amibiasis genital.

NULA: Existe una relación directa entre amibiasis genital y embarazo.

DE TRABAJO: La amibiasis genital condiciona errores de diagnóstico en el cáncer genital.

METODO

Se recabó la información completa del expediente clínico, así como del archivo del servicio de Patología y se realizaron verificación de laminillas.

M A T E R I A L Y M E T O D O

MATERIAL

UNIVERSO

Pacientes derechohabientes del HGO 3 CMR de México, D.F.

UNIDADES DE OBSERVACION

Pacientes derecho-habientes con diagnóstico de Amibiasis Geni
tal en el HGO 3 CMR de Enero 1986 a Junio 1990.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes con:

1. Dx clínico y patológico de amibiasis genital
2. Con expediente clínico completo.
3. Que siguieron un control adecuado.
4. Que se sometieron a los procedimientos clínicos y de laboratorios completos.
5. Que llevaron de manera adecuada el tratamiento antiambiano.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con:

1. Dx clínico de amibiasis genital no corroborado por patología.
2. Sin estudios clínicos o de laboratorio completos.
3. Que no llevaron el control adecuado.
4. Que rehusarán el tratamiento.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes con:

1. Expediente clínico incompleto
2. Duda en el diagnóstico histopatológico.

VARIABLES

1. Edad
2. Nivel socio-económico.
3. Estado civil
4. Escolaridad
5. Relaciones sexuales activas y tipo de los mismas
6. Número de compañeros sexuales
7. Antecedentes G-O
8. Sintomatología
9. Hallazgos físicos
10. Diagnóstico clínico inicial
11. Diagnóstico histológico
12. Patología concomitante
13. Laboratorio
14. Tratamiento.
15. Seguimiento.

RESULTADOS

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de pacientes que acudieron al servicio de Ginecología del Hospital de GO-3 CMR. Encontrando cuatro pacientes con diagnóstico de Amibiasis Genital y que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados en la metodología.

La edad de este grupo de pacientes fue de 54 años en dos de ellas, 77 años y 86 años en las restantes, respectivamente.

El nivel socio-económico fue medio-bajo en 1 caso y bajo en 3, lo que demuestra que siguen siendo los estratos más bajos, los más frecuentemente afectados. Esto mismo se refleja en la escolaridad, ya que encontramos 2 pacientes con primaria incompleta y 2 analfabetas.

Con respecto al estado civil, el total de las pacientes fueron viudas y sin relaciones sexuales activas. Siendo los antecedentes obstétricos variables; con pacientes secundigestas y multigestas. A la vez que variable el número de compañeros sexuales, variando de 1 a 2.

La sintomatología presentada fue: Dolor abdominal difuso y cólico, con localización en hipogástrico y con irradiación a cuadrantes superiores, estando presente en todas las pacientes. Al igual que la presencia de sangrado transvaginal,

de coloración- cantidad, variable. Siendo en 1 de los casos - fetida.

La presencia de ataque al estado general se presentó en 3 casos (75%), siendo este otro de los datos más constantes, y generalmente asociado a los cuadros más severos y de patología maligna.

Otro dato presentado fue, Leucorrea en 2 casos, que al igual que la presencia de 1 masa tumoral abdominal palpable - se presentó en el 50%.

Con respecto a los hallazgos físicos, fue constante la presencia de lesión ulcerativa y necrótica, lo que condicionó que en todas las pacientes se pensará inicialmente en patología neoplásica maligna y con etapificación clínica avanzada. Siendo confirmada esta etiología en 3 casos y con asociación-ambiana; y 1 caso de amibiasis vulvo-vaginal pura. Siendo - realizado el diagnóstico mediante biopsia de tejido en los 4 casos y dos con citologías positivas. Correspondiendo a un - 50% de los casos.

De los auxiliares de laboratorio. Lo significativo fué la presencia de leucocitosis en un rago de 13,600 en el caso- 2, a 18,100 en el caso No. 3; así como la negatividad de los- estudios coproparasitoscópicos en el 75% de los casos. Siendo positivos únicamente en uno de los casos.

En base al diagnóstico se instaló el tratamiento. En el caso No. 1, se sometió a radioterapia y metronidazol, con un seguimiento hasta la fecha en el que se reporta sin lesiones aparentes. El caso No. 2, se sometió exclusivamente a tratamiento anti-amibiano a base de Metronidazol, con una res - puesta adecuada, reportándose como curada. Los casos No. 3 y No. 4 en los cuales se realizó el diagnóstico de carcinoma - cervico-uterino y amibiasis asociada, en base al estudio clínico se determinaron como fuera de tratamiento. Reportándose - sus fallecimientos en fechas posteriores; un mes en el caso - No. 3 y dos meses en el caso No. 4.

COMENTARIO

COMENTARIO

No cabe duda que conforme avanzamos en el conocimiento de la patología amibiana, nos seguimos sorprendiendo de su capacidad destructiva y de la variabilidad de los tejidos afectados.

Vale la pena comentar que al igual que lo reportado en la literatura mundial, con respecto a la edad de afectación de las pacientes, lo confirmamos en nuestro análisis. Siendo las edades más afectadas a partir de la quinta década de la vida en adelante y sobretodo en pacientes post-menopáusicas. (8-9-10-13-15) Esto probablemente sea resultado de una disminución en los niveles de estrógenos, lo que condiciona atrofia del epitelio genital, facilitándose la capacidad invasora de la amiba. Este hecho aunado a los diversos factores observados y reportados en nuestras pacientes y en la literatura, como son, el nivel socio-económico bajo, analfabetismo, se suman para crear bajas condiciones de higiene y estados carenciales severos. Teniéndose que analizar también y quizá como un factor de suma importancia, el hecho de que nuestras pacientes se encontraban sin sostener relaciones sexuales activas, lo que propicia un desinterés por su persona, en su higiene y lo más importante, en la realización de métodos diagnósticos preventivos = PAP = que ayudarían a detectar patología agregada, como es la amibiiasis. Esto además descarta la posibilidad de transmisión sexual de la amibiiasis, mencionada

en la literatura revizada. (10)

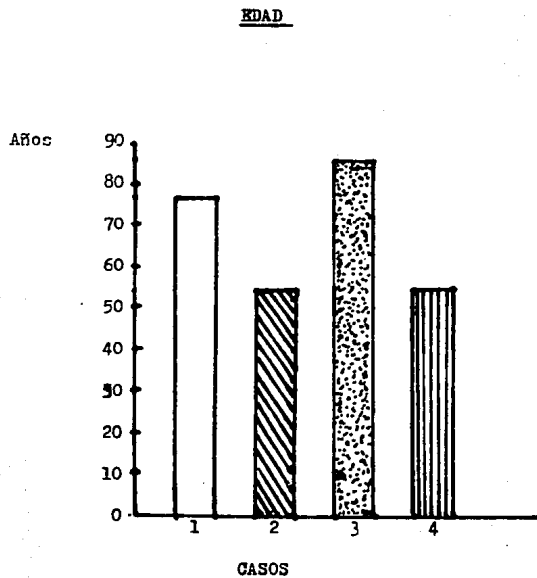
La sintomatología presentada por nuestras pacientes, - no difiere de la mencionada en diversas publicaciones. (8-10-12) Siendo más característica de patología neoplásica maligna. Por lo que tenemos que ser más cuidadosos en la búsqueda de - amibiasis y sobre todo tener en mente la presencia de esta pa - tología. Es también similar la frecuencia de errores de etapi - ficación y de errores diagnósticos (13-22) Mencionándose ade - más la dificultad para la identificación de trofozoitos o - quistes de E. histolytica, llegándose en un gran número de ca - sos a la necesidad de realizar revisión de laminillas de cito - logías y bipsias, y únicamente con la búsqueda intencionada - se logra la identificación del parásito. Esta dificultad es - reportada en muestras diversas, tanto de lesiones intestina - les, como de secreciones, recomendándose ante tales dificulta - des la realización de tinciones especiales para lograr el - diagnóstico. (16)

En nuestro estudio se realizaron los diagnósticos me - diante biopsia de tejidos en el 100% de los casos y con cito - logía positivas en el 50% de los casos, habiendo sido necesá - rio realizar revisión de laminillas, siendo esto secundario - probablemente a la técnica deficiente de las tomas y de la fi - jación de las muestras. Por lo que en el futuro deberemos te -

ner más cuidado en estos aspectos. A la vez que tener más en mente por parte del clínico la presencia de amibiasis, no solo en asociación de lesiones neoplásicas malignas, sino de síntomas benignos que indiquen procesos de cervico-vaginitis, similares a las cervico-vaginitis de otra etiología. (7) (12)

Con respecto al tratamiento, sigue siendo el Metronidazol el medicamento de elección. Con resultados satisfactorios, Por lo que no hay necesidad de asociación de medicamentos.

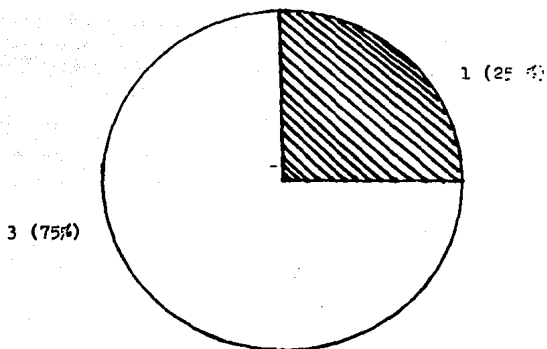
CUADROS Y GRAFICAS



RESULTADOS

ESCOLARIDAD		
ANALFABETA	3	75 %
PRIMARIA INCOMPLETA	1	25 %

ESTADO CIVIL	
VIUDEZ	4 100 %

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

Bajo



Medio bajo

RELACIONES SEXUALES	
ACTIVAS	0 0 %
NO ACTIVAS	4 100 %

NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	
CASO 1	1
CASO 2	2
CASO 3	1
CASO 4	2

RESULTADOS

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS			
CASO	GESTA	PARA	ABORTO
1	II	II	0
2	IX	VIII	I
3	II	II	0
4	VII	VII	0

RESULTADOS

S I N T O M A T O L O G I A		
SINTOMAS	No. CASOS	%
Dolor abdominal- Hipoabdominal	4	100 %
Sangrado transvaginal	4	100 %
Sintomatología urinaria	2	50 %
Leucorrea	2	50 %
Masa tumoral abdominal	2	50 %
Ataque al estado general	3	75 %

RESULTADOS

D I A G N O S T I C O		
CASOS	DIAGNOSTICO CLINICO Y FEAFIPLICACION INICIAL	DIAGNOSTICO HISTOLOGICO
1	Ca Cu E III B	- Carcinoma Indiferenciado. + Amibiasis
2	Ca de Vulva con Metástasis vaginal	- Amibiasis vulvo- vaginal
3	Ca Endometrio Prob. Teratoma	- Ca Cu Epidermoide + Amibiasis
4	Ca Cu E IV	- Ca Cu Epidermoide + Amibiasis

RESULTADOS

HALLAZGOS FISICOS		
	No.	%
CON LESION APARENTE	4	100 %
SIN LESION APARENTE	0	0 %

FORMA DE DIAGNOSTICO		
	No.	%
CITOLOGIA	2	50 %
BIOPSIA	4	100 %

RESULTADOS

CUENTA LEUCOCITARIA	
CASO	LEUCOCITOS
1	14,900
2	13,600
3	18,100
4	14,750

RESULTADOS

TRATAMIENTO		
CASO	TRATAMIENTO	RESULTADO
1	- Radioterapia - Metronidazol	- Sin lesiones aparentes
2	- Metronidazol	- Curada
3	- Fuera de Tto.	- Fallecimiento
4	- Fuera de Tto - Metronidazol	- Fallecimiento

C O N C L U S I O N E S

CONCLUSIONES

1. La incidencia de amibiasis asociada a cáncer genital es - alta, lo que nos obliga a la búsqueda intencionada del - parásito en pacientes con esta patología.
2. No existe una relación directa entre cáncer genital y ami biasis, sin embargo las características del tejido neoplá sico, condiciona mayor facilidad para la invasión del pará sito.
3. La asociación de amibiasis a lesiones neoplásicas o lesio nes puramente amibianas, si condiciona errores de diagnós tico debido a la similitud de las mismas.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. Weinstein B., Weed J.C. et al. Amebic Vaginitis. Am J Obs Gynec 56 (1):180-183-1948.
2. Carter B., Jones C., et al. Invasion of squamous cell carcinoma of cervix uteri by endamoeba histolytica. Am J Obst - Gynec. 68 (6): 1607-1610. 1954.
3. Bhaduri K.P., Endamoeba histolytica in Leucorrhoea and Salpingitis. Am J Obst Gynec. 74 (1): 434. 1957.
4. Acevedo A., Biagi F., et al. Panorama Amibiano. Revista Médica del Hospital General de México. 167-264. 1960.
5. Braga C.A., Tech T.B. Amoebiasis of the Cervix and Vagina. - Journal of Obst Gynecol Brith Commorw. 71: 299-301. 1960.
6. Acevedo A. Biagi F. Tres casos de amibiiasis cervico-uterino. Rev. Med Hosp Gral Méx. 26: 185..1963.
7. Munguia H., Franco P. Valenzuela. Diagnosis of Genital amebiasis in Women by de standard Papanicolau technique. - Am J Obst Gynec. 94 (2): 181-188. 1966.

8. Albores - Saavedra, Rosas A., Brandt H., et al. Cancer - with super imposed amebiasis. The American Journal of Clinical Pathology. 49 (5) 677-682. 1966.
9. Mc Clatchie, Sambhi J.J. Amoebiasis of the cervix uteri. Annls of Tropic Med and Parasitology. 65 (2): 207-210. 1971
10. García M. Sainz. Silva R., Arteaga. Amebiasis de organos - genitales en ambos sexos. Arch Invest Med Mex. 2 suppl 267 371. 1971
11. Bhagirath, M.L. Amebiasis of Clitoris Mimicking Carcinoma. JAMA. 236 (10): 1145-1146. 1971
12. Welter, A., Diagnosis of amebiasis vaginitis from cervico-vaginal Smears. Act Cytl. 26 (3): 379-9. 1982
- 13..Alonso P., Wilk M. Amibiasis genital en una mujer. Gac Med. Méx. 123 (11-12): 293-295. 1987.
14. Treviño, G.M.N. Amibiasis invasora por E. histolytica. - Gaceta Médica de México. 100 (3): 201-251. 1987.
15. Veliath A.J. Bensal R. et al. Genital amebiasis. Int J - Gynaecol Obs. 25:249-256. 1987.

16. Biagi. Amibiasis. Enfermedades Parasitarias. La Prensa -
médica Médica Mexicana. 2da. edic. 81. 1988.
17. Shinjuku-ku. Sexually-transmitted amoebiasis: Epidemiology
and serodiagnosis. Mem Inst Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
Supp 1, 83, Nov. pag. 611. 1988.
18. Martínez-Palomo., et al. Ultrastructure of experimental
intestinal invasive amebiasis. Am J Trop Med Hyg. 41 (3)
273-279.1989
19. D' Alessandro A., Amebiasis Then. Am J Trop Med Hyg. 41
(3): 38-39 1989
20. Ravdin I, Jonathan. Amebiasis now. Am J Trop Med Hyg.
41 (3): 40-48 1989
21. Arroyo G. Qhinn James. Association of Amoebae and Actino
myces in an Intrauterine Contraceptive Device User. Act.
Cytologica. 33 (3): 298-304. 1989
22. Arroyo-Elgueta. Squamous Cell Carcinoma Associated with
Amoebic cervicitis. Acta Cytológica. 33 (3): 301-304.
1989.