

AMIBIASIS EN EL TRACTO GENITAL FEMENINO

DRA. ELENA FENTANES DE TORRES,* DR. LUIS BENÍTEZ BRIBIESCA**

DR. MANUEL URRUTIA RUIZ

Como lo demuestran importantes estadísticas, Craig (1), Deschiens (2), existe una alta incidencia de amibiasis en todo el mundo. Y si bien es cierto que el padecimiento es endémico particularmente de las zonas de la faja tropical es un hecho notorio que se ha ido extendiendo a zonas templadas y aun frías. En México se calcula que de 60 a 70% de la población está infestada y la amibiasis gastrointestinal es su forma más frecuente siendo también de importancia el absceso hepático amibiano y así vemos en el estudio de Acevedo Olvera y Col. (3) del Hospital General nos muestran 1,035 casos de absceso hepático amibiano en un periodo de tres años.

La infección amibiana extragastrointestinal es rara, pero puede presentarse en: cerebro y meninges, piel (6), pulmón y corazón, pene, peritoneo, uretra y vejiga y aparato genital femenino. En esta comunicación nos referimos a este aparato.

En la literatura mundial se han informado 59 casos de amibiasis genital femenina. Bhaduri, en la India, informa que el 11.3% de flujos vaginales son por amibas (4), aunque Bickers dice que el 0.5% de las leucorreas se deben a amibiasis en los E.U.A. (5).

Los Dres. Garza, de Monterrey (7), informaron de dos casos de amibiasis genital femenina y Munguia en México (1966) (9), publicó 24 casos, observados entre 100 000 frotis en un lapso de 5 años.

Nosotros reunimos 24 casos de amibiasis genital diagnosticadas por citología, biopsia, platina caliente y con estudio clínico completo. El material se obtuvo de la consulta de ginecología de tres hospitales: Instituto Nacional de Cancerología, Hospital de Ginecología del Seguro Social y Hospital Militar.

Las edades fluctuaron entre 13 y 66 años.

Es de especial interés recalcar que la condición social y cultural de las pacientes era baja.

En el grupo hubieron 2 núbiles y 6 menopáusicas, el resto eran multiparas.

Los síntomas clínicos que a continuación mencionaremos tuvieron una evolución de 1 a 14 meses, este mismo tiempo tardaron en desaparecer las lesiones macroscópicas.

Los síntomas observados en orden de frecuencia fueron: flujo vaginal, menometrorragia, dolor abdo-

minal, prurito vulvar, antecedentes colíticos y olor fétido.

Los hallazgos clínicos fueron: sangrado al contacto, lesión erosiva del cérvix, lesión fungante, empastamiento de parametrios (fotos 4 y 5).

Con los datos y síntomas anteriores las pacientes fueron diagnosticadas clínicamente en la siguiente forma:

Carcinoma de cérvix	10 casos
Cervicitis	5 casos
Carcinoma de clitoris	2 casos
Adenocarcinoma	2 casos
Carcinoma de vulva	1 caso
Cervicitis amibiana	3 casos
Y sin diagnóstico	1 caso

Citológicamente se identificaron en los 24 casos trofozoitos de amiba, siendo clasificadas las lesiones tisulares observadas como: Negativo I y II 18 casos, Negativo III 2 casos y Positivo IV 4 casos.

El estudio en platina caliente sólo se pudo hacer en 8 casos en los cuales resultó positivo.

La biopsia nos dio los siguientes resultados:

Cervicitis amibiana	14 casos
Cervicitis	2 casos
Carcinoma y amibiasis	2 casos
Sólo carcinoma	3 casos
No se efectuó biopsia en	3 casos

Citológicamente reconocemos a la amiba por estas características: su tamaño oscila entre 15 y 60 micras, su forma es oval-redondeada, el citoplasma es basófilo y presenta incluidos muy comúnmente eritrocitos, esto que anteriormente se pensaba era indispensable para identificar una amiba hemos comprobado que no es absolutamente necesario. El núcleo es pequeño, excéntrico con un cariósoma. Es importante señalar el aspecto del frotis en general que es "sucio", con proceso inflamatorio y una necrosis tipo granular basófila que da la impresión al empezar a observarla que ahí van a existir amibas (fotos 1, 2 y 3).

Para hacer la diferenciación citológica con las tricomonas contamos con los siguientes caracteres: éstas son de menor tamaño, su forma generalmente es piriforme, el citoplasma es pálido con su estructura interna mal definida, nunca muestran eritrocitos incluidos y cuando están bien conservadas pueden observarse sus flagelos conservados. La imagen del frotis con tricomonas es diferente: en él observamos flora bacteriana mixta, casi nunca necrosis y la disposición de la flora es como formando rayas o franjas.

* Jefe del Laboratorio de Citología del Instituto Nacional de Cancerología. Presidente de la Asociación Mexicana de Citología.

** Ex-Jefe de Patología del Instituto Nacional de Cancerología. Jefe de la Sección de Histoquímica del Departamento de Investigación Científica, Centro Médico Nacional.

*** Ex-Jefe del Departamento de Ginecología del Instituto Nacional de Cancerología.

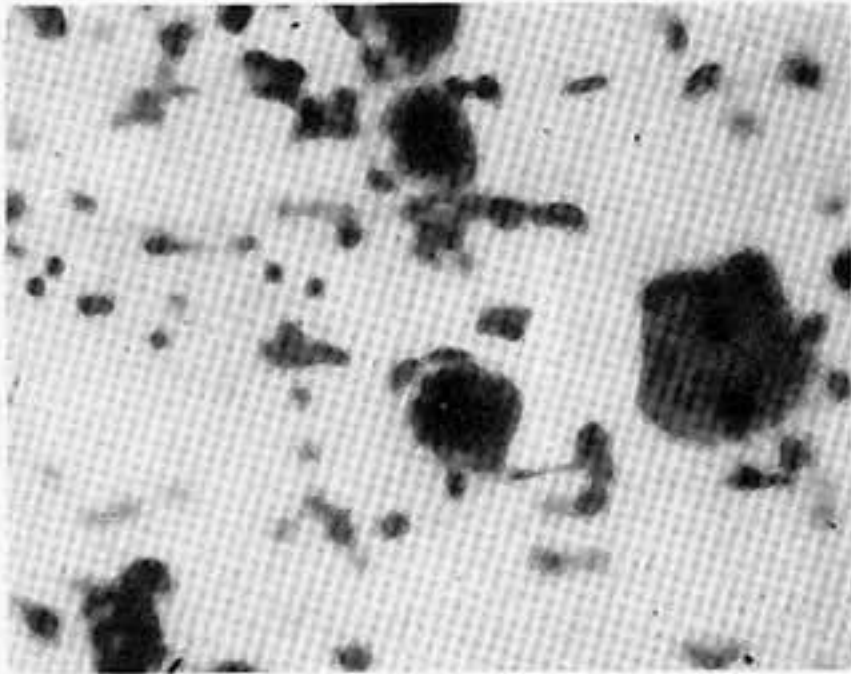
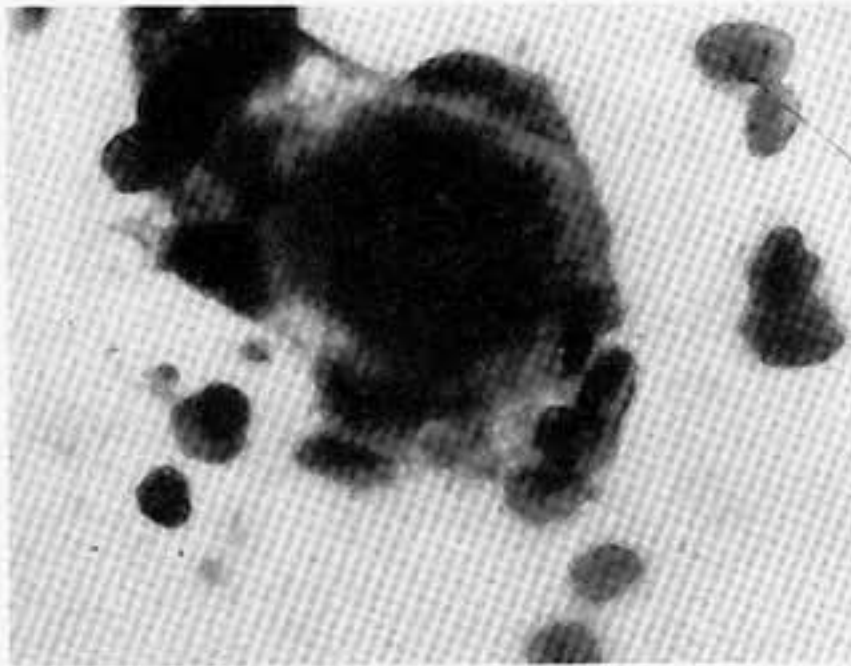
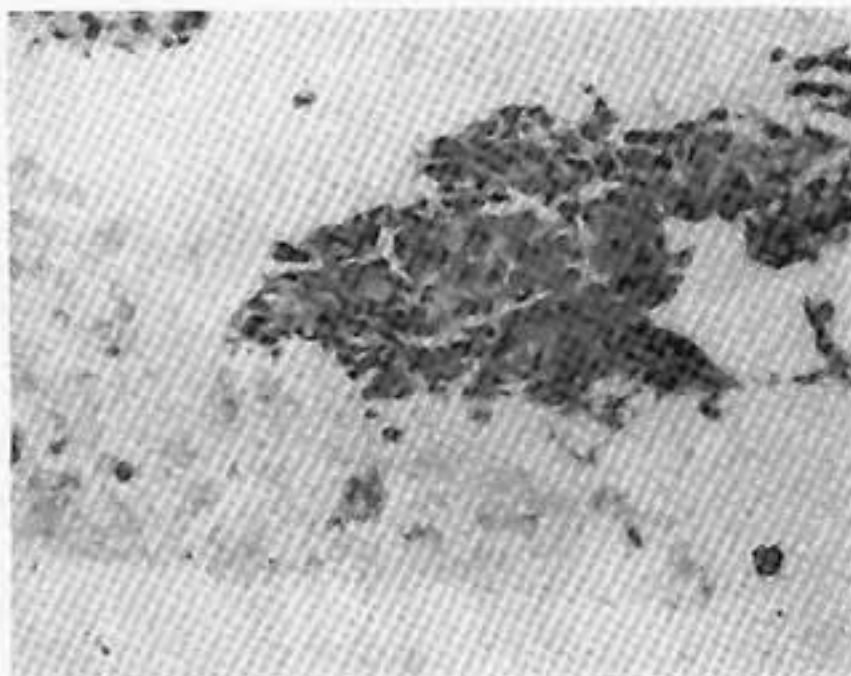


Imagen citológica de 3 trofozoitos de amiba.



Amiba vista en un extendido citológico.



Trofozoito de amiba en corte histopatológico.



Lesión en clítoris producida por infestación amibiana.



Cérvix uterino con lesiones de tipo ulceroso producidas por amibas.

Debe hacerse también su diferenciación con los histiocitos, células parabasales medias degeneradas y detritus celulares, pero esto en sí no constituye gran problema.

CONCLUSIONES

1. La amibiasis genital afecta a pacientes de baja condición económica y social. Pensamos que el principal medio de contaminación son los hábitos higiénicos deficientes.
2. El cuadro clínico no es lo suficientemente patognoménico. Esto da lugar a que se le pueda confundir con cierta facilidad con un Ca. cérvico uterino.
3. El carcinoma del cérvix puede coexistir con infestación amibiásica y la presencia de ésta da la apariencia de que se trata de un Ca. en estadio clínico más avanzado.
4. El diagnóstico citológico es fácil y debe ser el método de elección, aunque debe complementarse con estudio histológico.

5. Siempre que sea posible deberá hacerse el diagnóstico en platina caliente.
6. El tratamiento de elección es la emetina en forma sistémica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Craig F., Charles. The etiology, diagnosis and treatment of amibiasis. Ed. The Williams & Wilkins Co., 1944.
2. Deschiens, Robert. L'amibiase et l'amibe dysenterique. Ed. Masson et Cie., 1965.
3. Acevedo Olvera y Col. Panorama amibiano. Rev. Med. del Hosp. Gral. de México, XXIII-3: 167-221, 1960.
4. Bhaduri, K. P. Am. J. Obst. & Gynec. 14:434, 1957.
5. Bickers, W. Virginia Med. Monthly, 70: 135, 1943.
6. Brandt, H. Pérez-Tamayo, R. Amibiasis cutánea. Prensa Med. Méx. 41: 1, 1956.
7. Garza de la. Dos casos de amibiasis genital. Rev. El Médico, 1957.
8. Lombardo, L.; Alonso, P.; Sáenz-Arroyo, L.; Brandt, H. y Mateos, H. J. J. Neurosurg. 21: 704-709, 1964.
9. Munguía, H.; Franco, E. y Valenzuela, P. Diagnosis of genital amibiasis in women by the standard Papanicolaou technique. Am. J. Obst. & Gynec. 94: 181-188, 1966.