

AMIBIASIS CERVICO-UTERINA

Alfonso ACEVEDO OLVERA ⁽¹⁾, Jaime SANTOYO I. ⁽²⁾ e Francisco BIAGI F. ⁽³⁾

RESUMEN

Se presentan dos casos de amibiasis uterina, el primero no asociado a otro padecimiento y el segundo implantado en un carcinoma del útero.

Se revisa la escasa casuística publicada y al parecer, solo se habían reportado previamente 3 casos de amibiasis uterina no asociada a otro padecimiento del útero. Se enfatiza la importancia de establecer oportunamente el diagnóstico. El primer caso curó con emetina.

INTRODUCCIÓN

Trabajando en un programa general sobre amibiasis, llegó a nosotros una enferma con amibiasis cérvico-uterina, la cual fué mencionada brevemente en un trabajo anterior¹; a consecuencia de esa publicación, fuimos informados de otra enferma internada en el pabellón 13 del Hospital General de México, la cual presentaba un cáncer cervical en el que se había injertado una amibiasis. Creemos de interés publicar estos casos por la poca frecuencia con que son diagnosticados.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

CASO 1 — G.D.P., mujer de 38 años de edad, casada, con 10 hijos. Su casa habitación carece de agua entubada y drenaje; alimentación regular en calidad y cantidad.

Dos de sus hijos han presentado recientemente síndrome disentérico amibiano; los otros ocho hijos y el esposo viven en aparente buen estado de salud. Ella ha presentado varios cuadros de disentería desde los 15 años de edad (una o dos veces por año).

Menarquía a los 13 años, con ritmo de 30 por 4; primeras relaciones sexuales a los 19 años, cambiando el ritmo de su menstruación a 28 por 6. Desde hace un año, cambió nuevamente su ritmo, siendo hasta diciembre de 1959 de 28 por 5. La regla de febrero de 1960 no se presentó, confirmandose posteriormente la existencia de embarazo.

Después de su segundo parto, apareció flujo de color blanco, el cual era espeso y persistió hasta el inicio de su padecimiento actual.

Inicia su padecimiento en enero de 1957 con dolor en hipocondrio derecho, tipo punzante, sin irradiaciones, constante y que se acompañaba de mareos y constipación intestinal, evacuando su intestino cada 2 ó 3 días. Al mes siguiente presentó dolor en flanco derecho, tipo punzante que aparecía y desaparecía sin causa conocida; con este cuadro persistió hasta junio de 1959 a pesar de haber recibido numerosos tratamientos médicos. A partir de esa fecha, presentó evacuaciones de moco y sangre acompañadas de tenesmo, continuando el mismo cuadro con remisiones transitorias hasta febrero de 1960.

En diciembre de 1959, el flujo vaginal que presentaba se hizo sanguinolento, de mal olor e irritante, lo cual le provocó prurito vulvar; al mismo tiempo le apareció dolor en hipogastrio, de poca intensidad, de tipo punzante y continuo, así como agruras, pirosis y plenitud postprandial.

En febrero de 1960, o sea cuando llegó a nosotros, presentaba síndrome disentérico, flujo sanguinolento, dolor en hipogastrio, síndrome hiperesténico y había perdido 11 kg. de peso.

En la exploración física general, solo se encontró marco cólico doloroso.

La región perianal se encontraba enrojecida y había salida espontánea de moco por ano. Por tacto rectal no se encontraron datos anormales. En la rectoscopia se observó la mucosa edematosa, congestiva y con numerosas úlceras de bordes precisos, sangrantes y separadas por mucosa indemne. Se hizo raspado de las úlceras, encontrándose trofozoitos de *Entamoeba histolytica* al examen directo y cultivo.

(1) Jefe de Servicio, Pab. 21, Hospital General.

(2) Médico externo, Pab. 21, Hospital General.

(3) Jefe del Departamento de Microbiología y Parasitología, Facultad de Medicina, U. N. A. M.

Por tacto vaginal se encontraron los fondos de saco libres, siendo doloroso el derecho; el cuello se encontró irregularmente aumentado de consistencia, correspondiendo la parte más dura al lado derecho; al retirar los dedos se apreció un flujo sanguinolento, espeso y de mal olor. Al colocar el espejo, se observaron en el lado derecho del cuello varias úlceras, de medio centímetro de diámetro aproximadamente, de bordes bien limitados y sangrantes, muy semejantes a las observadas en mucosa rectal; además se veían otras lesiones de las mismas dimensiones, pero cubiertas por una capa de color blanco. El resto del cuello se veía congestionado, de color rojo y presentaba un desgarramiento en el lado izquierdo.

Se tomó una muestra de exudado vaginal, encontrándose trofozoítos de *E. histolytica*, tanto por el examen directo como por cultivo; posteriormente se tomó biopsia de cuello uterino, encontrándose en los cortes histológicos numerosos trofozoítos del mismo protozoario.

El tratamiento consistió en emetina a la dosis de 0.1 gr. por kilo de peso como dosis total aplicada en dosis de 0.04 gr. diariamente por vía intramuscular; clorofenoxamida a la dosis de 25 mg. por kilo de peso por día, durante 15 días. El tratamiento con emetina se repitió después de un mes de descanso y la dicloroacetamida se repitió en dos ocasiones con 15 días de descanso entre uno y otro. Además se le administró cloramfenicol por vía intramuscular y vitaminas B₁ y B₁₂ por la misma vía.

La sintomatología desapareció al mes de iniciado el tratamiento, comenzando la mejoría desde la primera semana. La sintomatología vaginal no se volvió a presentar, en cambio la rectal se volvió a presentar hasta en tres ocasiones; en julio de 1960 la enferma tiene 3 meses sin ninguna molestia. Se hizo nueva exploración encontrando que las lesiones tanto de cérvix como de intestino, habían curado totalmente. El exudado vaginal presenta únicamente la flora normal de vagina y sus materias fecales se negativizaron.

CASO 2 — R.D.V., mujer de 38 años de edad, casada. Antecedentes sin importancia para el padecimiento actual.

Inicia su padecimiento en junio de 1959, con sangrado vaginal el cual consistía de sangre fresca y coágulos; dolor en hipogastrio irradiado a región lumbo-sacra, que al principio se acompañó de disuria y de períodos alternantes de diarrea y constipación; fiebre de mediana intensidad y pérdida de peso no cuantificada. Por exploración general solo se observó que la enferma se encontraba en estado caquético.

Por tacto se encontró vagina normal, cuello mamelonado, fondos de saco dolorosos, el derecho libre y el izquierdo tenso. Por medio del espejo vaginal se observó una tumoración que ocupaba todo el cuello uterino con prolongación al labio anterior, ulcerada y en parte necrosada; em pa-

red vaginal izquierda se observaba una úlcera pequeña.

Por tacto rectal se encontró útero aumentado de tamaño irregularmente; parametrio derecho libre e izquierdo tenso; cerca de pared pélvica, tumoración dura no dolorosa. Al practicar la rectoscopia, se introdujo el endoscopio hasta 14 cm. del borde anal; se observó mucosa pálida, con hipersecreción de moco; hemorroides internas.

Por cistoscopia se encontró trigonitis y estrechez de meato uretral; ureteros libres y sin datos de invasión.

Clinicamente se diagnosticó cáncer cérvico-uterino, estadio II.

Se realizaron 4 citologías exfoliativas, resultando negativas. En una biopsia de cérvix practicada el 11 de enero de 1960, se encontró un carcinoma epidermoide grado II. Seis biopsias posteriores a radiación dieron por resultado: tejido de necrosis e inflamación. En la última biopsia de cérvix realizada el 6 de mayo (después de haber sido radiada), se encontraron abundantes trofozoítos de *Entamoeba histolytica*. Una biopsia de mucosa rectal resultó negativa para este protozoario.

La enferma fué radiada en 6 ocasiones, durante 15 días, recibiendo 2000 r. por sesión, en dos campos. Posteriormente presentó diarrea con evacuaciones muco-sanguinolentas, en número de 15 al día, recibiendo por ello cloroído-oxiquinolona.

Murió el 6 de junio de 1960, y los principales hallazgos de autopsia fueron: ascariasis; úlceras de 6 y 0.5 cm. de diámetro en ciego y sigmoides respectivamente, en las que se encontró *E. histolytica* en número muy escaso; útero disminuido de tamaño por destrucción del cuello; ulceración de la mucosa vaginal en sus dos tercios superiores; amplia comunicación a este nivel entre vagina y recto cuya mucosa también se encuentra ulcerada; fistula véscico-vaginal.

COMENTARIOS

La primera paciente tenía amibiasis intestinal y desarrolló amibiasis en cérvix uterino sin que hubiera otro padecimiento en este órgano, ni comunicación directa entre el aparato genital y el colon; curó con emetina. Es de hacerse notar que el esposo se encuentra aparentemente sano, que la enferma no usaba enemas, no tenía fistulas recto-vaginales y no presentaba lesiones peri-anales ni vaginales.

El segundo caso, presentó carcinoma de cuello uterino, fistula recto-vaginal, amibiasis intestinal y cervicitis amibiana. Al parecer, la amibiasis cervical se implantó en

el carcinoma ya existente a través de la fistula originada por la radiación.

En la literatura médica parece haber solo tres casos de amibiasis uterina no asociada a otro padecimiento genital, dos de los cuales fueron diagnosticados y curados^{10, 12}; siendo el otro diagnosticado en autopsia⁵; así como dos casos de amibiasis injertada en carcinoma de cérvix⁶. Está reportado además un caso de amibiasis vaginal con ataque a cérvix, el cual fué curado igualmente¹¹. Por último, dos casos reportados y uno mencionado de amibiasis genital diagnosticados en el flujo vaginal, con cuello reblandecido y enrojecido pero no ulcerado, que curaron con emetina⁸. Hay asimismo algunos casos de amibiasis vaginal^{2, 7, 9} y vulvar^{3, 4}.

Evidentemente la amibiasis uterina existe, y debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ó como complicación del cáncer cervico-uterino. Es claro que no se trata de un padecimiento que se presente con mucha frecuencia a juzgar por los pocos casos publicados, sin embargo, después de la comunicación preliminar que hicimos de uno de los casos aquí reportados, hemos tenido noticia del hallazgo de 4 casos más en la República Mexicana (comunicaciones personales de F. DOMENEGUI; S. DE LA GARZA; H. MUNGUÍA; P. ROSAS).

Es obvio que su diagnóstico redundará en beneficio de las pacientes, puesto que el diagnóstico es fácil de confirmar mediante examen directo, cultivo y biopsia, y su tratamiento efectivo mediante el empleo de emetina, como pudimos ver en nuestro primer caso.

SUMMARY

Cervico-uterine amebiasis.

Two cases of uterine amebiasis are presented, the first one with no other complaints and the second one situated in a carcinoma of the uterus.

Upon reviewing the scarce literature on the subject, it seems that only three cases

were reported of uterine amebiasis not associated with other affections of the uterus. The importance of an opportune diagnosis is emphasized. The first case of this report was cured with emetine.

REFERENCIAS

1. ACEVEDO OLVERA, A.; BIAGI-F., F.; ACEVEDO, J.; CERECEDO, V. & SANTOYO, J. — Panorama amibiano. Rev. med. Hosp. gen. 23:167, 1960.
2. BACIGALUPO, J.; JULIEN, E. M. & PUGA, C. R. — Amibiasis cutánea y vaginal. Sem. méd., Buenos Aires 49:525-533, 1942.
3. BIAGI-F., F.; FRANCO-GÓMEZ, A.; MARTUSCELLI, A. & NAVARRETE, F. — Amibiasis cutánea en una lactante. Bol. med. Hosp. inf. 17:57-61, 1960.
4. CLELAND, J. B. — Amoebic infection of the vulva complicating granuloma pudendi. J. trop. Med. Hyg. 47:54-55, 1944.
5. De RIVAS, D. — Amebiasis of the uterus. Amer. J. trop. Med. 24:185-187, 1944.
6. LEE, S. W. — Carcinoma of the cervix uterin invaded by *Entamoeba histolytica*. Chin. med. J. 46:1096-1098, 1932.
7. MAY, M. Y. — Vaginitis due to *Entamoeba histolytica*. Ind. Med. Gaz. Calcutta 78:250-251, 1943.
8. MORSE, E. M. & SEATON, S. P. — Amebic infection of the vagina and uterus. Amer. J. trop. Med. 23:325-326, 1943.
9. NGAI, S. K. & FRAZIER, C. N. — Cutaneous amoebiasis: a review and report of three cases observed in North China. Chin. med. J. 47:1154-1170, 1933.
10. PAZ, O. — Un caso de amibiasis del útero. Rev. sudamer. Morfol. 3:89-90, 1945.
11. SEN, N. C. — Amoebic vaginitis. Brit. med. J. 1:808, 1949.
12. WU, T. T. & CHI, C. K. — Amebiasis of uterine cervix; report of a case. Chin. med. J. 49:69-73, 1935.

Recebido para publicação em 7 junho 1962.