

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

**PREVALENCIA DE PAPILOMATOSIS VULVAR
EN MUJERES EMBARAZADAS**

*Estudio retrospectivo, realizado en el periodo de Enero de 1991 a
Diciembre de 1995. En el Hospital Nacional Antigua Guatemala.*

JACQUELINE KARINA SEGURA COSAJAY

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, agosto de 1996

INDICE

I.	INTRODUCCION.....	1
II.	DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III.	JUSTIFICACION.....	4
IV.	OBJETIVOS.....	5
V.	REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI.	METODOLOGIA.....	24
VII.	PRESENTACION DE RESULTADOS.....	28
VIII.	ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS....	37
IX.	CONCLUSIONES.....	40
X.	RECOMENDACIONES.....	41
XI.	RESUMEN.....	42
XII.	BIBLIOGRAFIA.....	44
XIII.	ANEXOS.....	48

I. INTRODUCCION

La papilomatosis vulvar es una enfermedad transmitida se
xualmente, conocida desde la antigüedad.

El agente causal es el papilomavirus, miembro de la familia de los Papovavirus, causante de verrugas, papilomatosis laríngea en el recién nacido, condiloma de la vulva, perineo y cuello uterino. Su desarrollo aumenta durante el em
barazo, debido a influencias hormonales, constituyéndose un riesgo elevado para el recién nacido.

El presente estudio es de tipo observacional descriptivo, realizado en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, en donde se revisaron las fichas clínicas de pacientes embarazadas con diagnóstico de papilomatosis vulvar, atendidas durante el período de Enero 1991 a Diciembre 1995. Con el ob
jetivo de determinar la prevalencia de papilomatosis vulvar en este período, conociendo así la magnitud del problema, y de esta forma proponer medidas de prevención y control.

Se estableció con el presente estudio que la prevalencia fue de 0.15 x 1000. El grupo etáreo más afectado está comprendido entre los 20 y 24 años con un 41%, lo que con
cuerda con el período de edad fértil. El método diagnóstico
co utilizado en el 100% de las pacientes es únicamente la clínica, pues las lesiones por papilomatosis eran eviden-

tes.

La edad de gestación en el momento del diagnóstico, más frecuentemente encontrada, fue en el 3er. trimestre (62%).

En el 53% de las pacientes, la papilomatosis se resolvió después del parto. La vía de terminación del parto más utilizada fue la vía vaginal (75%), utilizando como criterio principal: resolución antes del parto (36).

La vía cesárea se utilizó en el 25% de las pacientes, debido en su mayoría a presentar papiloma gigante (17).

Se puede observar además que el tratamiento que se proporcionó a las pacientes en su mayoría fue Nitrógeno líquido (56%).

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En Guatemala las enfermedades de transmisión sexual son frecuentes y han aumentado, debido al hacinamiento y la falta de educación en nuestro medio.

El virus del papiloma humano presenta un problema multidimensional para gineco-obstetras. La incidencia de la infección por el virus del papiloma humano se ha incrementado de tal forma que actualmente es la más frecuente del aparato genital. El virus del papiloma humano (HPV) se transmite principalmente por contacto sexual. Las consecuencias a largo plazo de la mayoría de enfermedades de transmisión sexual, son más serias para las mujeres que para los hombres, es común que cursen con pocos síntomas por lo que frecuentemente no son tratadas; lo que trae como consecuencia embarazos ectópicos, infección transplacentaria del feto, parto prematuro, infección del recién nacido a través del canal del parto contaminado. Varios estudios han demostrado que la inoculación viral de la porción superior del aparato respiratorio fetal causa papilomatosis laríngea en niños y lactantes. Tales lesiones pueden causar obstrucción respiratoria y requerir operaciones múltiples. Además el HPV a nivel genital está asociado a displasia cervical y puede ser cofactor en el desarrollo de cáncer cervico-uterino.

III. JUSTIFICACION

La papilomatosis es muy sensible a influencias hormonales, así en la mujer embarazada tiende a multiplicarse y hacerse profusa. Su desaparición después del parto no es constante, no parece tener acción teratógena, pero expone a la madre y al niño a otros peligros. Al llegar al término del embarazo los condilomas vulvovaginales, posiblemente con infección sobreañadida, son causa de hemorragias quizá difíciles de combatir, o constituyen un obstáculo del parto. Además de su relación con papilomas genitales en el niño y papilomatosis laríngea.

Actualmente es difícil de estimar la prevalencia durante el embarazo, pues los informes publicados no incluyen lesiones difíciles de observar. Casi todos los estudios se han dedicado a lesiones suficientemente grandes para impedir el parto o aquellas que producen molestias considerables a la paciente. Es por ello que se hace necesario realizar un estudio reciente en nuestro medio sobre la prevalencia de papilomatosis para conocer la magnitud del problema y así implementar medidas necesarias para su prevención y tratamiento.

IV. OBJETIVOS

GENERAL:

- Determinar la prevalencia de papilomatosis vulvar en mujeres embarazadas, en el Hospital Nacional. Antigua Guatemala.

ESPECIFICOS:

- Identificar el tratamiento que se proporcionó a las pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo.
- Determinar los criterios utilizados para la vía de terminación del parto en papilomatosis vulvar.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

PAPILOMA VIRUS

HISTORIA:

Las verrugas genitales ya se conocían en la antigüedad, desde los tiempos grecorromanos. En un principio se consideraron como factores causales del desarrollo de verrugas venéreas a irritantes inespecíficos, suciedad y secreciones genitales. Los condilomas vulvares o vegetaciones venéreas producen clínicamente lesiones papilomatosas a veces netamente acuminadas y a veces más planas. Su etiología venérea que se sospechó por mucho tiempo, no se ha reconocido sino sólo desde 1954, confirmándose en 1968, al demostrar partículas virales dentro de las lesiones y unos años más tarde al identificar virus específicos que pertenecen al grupo de los papilomavirus. (7,18).

ETIOLOGIA:

El papilomavirus humano (HPV) es miembro de la familia de los Papovavirus y se distingue de otros tipos de esta familia por tener cromosomas más largos (unos 8000 pares de bases) una cápside de mayor tamaño y una secuencia específica de ADN de doble tira. Se conocen unos 65 papilomavirus humanos. Los nuevos tipos virales tienen ADN, que es menos del

50% homólogo al de los tipos descritos anteriormente. (2,5).

Miden de 45 a 55 mn, son resistentes al eter, tienen simetría cúbica con 72 capsómeros, estas contienen proteínas mayores y menores de la cápside. La principal proteína mayor de la cápside es antígenicamente similar en todos los virus de papiloma, es un antígeno común detectable por técnicas inmunohistoquímicas.

La caracterización de los tipos de papilomavirus humano ha permitido identificar los tipos 6,11,16,18,31,33,35,39,42 relacionados con localizaciones anogenitales, y se considera de alto riesgo a los tipos 16,18,31,33 y 35. (6,15).

Este virus es causante de verrugas, papilomatosis respiratoria, condiloma acuminata y lesiones del cuello uterino.

Recientemente se ha demostrado una significativa asociación con cáncer cervico-uterino.

De todas estas, las manifestaciones clínicas más importantes y conocidas son el condiloma acuminado del cuello uterino, perineo y vulva. Estudios recientes han demostrado que cuellos uterinos clínicamente normales manifiestan rasgos citológicos e histológicos de infección por papilomavirus. (7).

EPIDEMIOLOGIA:

La papilomatosis es una enfermedad transmitida sexualmente. Las mujeres en edad reproductora son las más suscep-

tible de tener el virus.

Su desarrollo es raramente visto en la pubertad o después de la menopausia. La papilomatosis ocurre frecuentemente en asociación con otras enfermedades que se transmiten sexualmente como las causadas por tricomonas, gardnerella, monilia, herpes virus y sífilis. Su desarrollo aumenta a menudo durante el embarazo y en pacientes inmunosuprimidos. Desde hace dos décadas la frecuencia de los condilomas genitales aumenta sin cesar; algunos autores la colocan en primer lugar entre las enfermedades transmitidas sexualmente. (5).

La frecuencia de casos declarados de condiloma en 1,982 fue de 53 por 100000 habitantes en Gran Bretaña y de 106 por 100000 habitantes en Estados Unidos de América, la incidencia según la edad es máxima entre los 16 y 25 años.

En nuestro medio se ha estimado la incidencia y prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual con base en los diferentes bancos de datos, incluso los sistemas de vigilancia de las enfermedades notificables. Desafortunadamente cada una de estas fuentes tiene limitaciones, los datos informados acerca de las enfermedades son limitadas por las diferencias de las fuentes de Salud Pública y privadas. La información colectada de las clínicas públicas y privadas está sujeta a la selección por sesgo y los datos pueden ser afectados por la falta de diagnóstico. (5,7).

FORMAS DE TRANSMISION:

Transmisión Sexual:

El período de incubación para la aparición de la enfermedad clínica después de la exposición varía desde 4 a 6 semanas hasta varios meses. El conocimiento del período de incubación es importante por dos razones.

1. Tratar a los contactos.
2. Después de la terapia pueden aparecer nuevos brotes de verrugas y éstas pueden ser por nuevos contactos, o por una terapia inadecuada.

La transmisión sexual es la vía más importante, el riesgo de infección está relacionado al inicio temprano de la actividad sexual, promiscuidad y el número de parejas sexuales. Arriba del 70% de los compañeros sexuales de pacientes con papilomavirus humano son diagnosticados con la infección ya sea subclínica o la enfermedad manifiesta. (1,15).

Transmisión Asexual:

El tracto respiratorio superior y el digestivo pueden ser infectados por HPV. La infección materna ha sido asociada a la papilomatosis laríngea en el hijo. La infección raramente se expresa en el período neonatal y lo hace en la mayoría de los casos antes de los cinco años de edad. La transmisión se produce en el canal del parto, encontrándose aún en

estudio la transmisión transplacentaria. En la niña, en la cual el diagnóstico es más delicado, la contaminación puede ser indirecta por los dedos de la madre. (14,19).

FACTORES DE RIESGO:

Compañero Sexual:

El número de compañeros sexuales está asociado con el riesgo de infección por HPV, independientemente de otros factores como la edad, raza, o el uso de anticonceptivos orales.

Inmunosupresión:

Las verrugas genitales y las lesiones escamosas intraepiteliales ocurren más frecuentemente en pacientes con trasplante renal. Pacientes con HIV tienen un gran riesgo de desarrollar HPV asociado a un bajo conteo de CD4. El riesgo de lesiones intraepiteliales es significativamente grande en mujeres sintomáticas de HIV.

Además factores sistémicos, particularmente pacientes diabéticos.

Edad:

La mayor frecuencia de HPV es encontrada en jóvenes con un máximo entre 20-24 años, su frecuencia disminuye con la edad, independientemente de otros factores de riesgo. Esto puede ser explicado por la adquisición de inmunidad o cam-

bios hormonales con el incremento de la edad.

Hormonas y Anticonceptivos Orales:

Los factores hormonales pueden influir en la transcripción y traslocación del genoma del HPV, posiblemente in vitro y en vivo. Demostrado por glucocorticoides, estradiol y progesterona.

Fumar:

La historia de fumar aumenta el riesgo de HPV, dependiendo del número de cigarrillos que se fume y su asociación con factores como edad de inicio de fumar. se ha encontrado metabolitos de tabaco en el moco cervical, esto explica el aumento del peligro al doble o al cuádruple de progresión en mujeres que fuman. (13).

Factores Nutricionales:

La deficiencia de anti-oxidantes y ácido fólico incrementa el riesgo de HPV.

Predisposición Genética:

Ciertamente los tipos de HLA pueden estar asociados a un efecto protector contra el HPV asociado a neoplasia. Esta teoría aún no está confirmada. (1,15,19).

MANIFESTACION CLINICA:

La manifestación clínica más fácil de identificar en la infección por papilomavirus son las verrugas genitales o el condiloma acuminado manifiesto.

El espectro de la infección por éste virus es mucho más amplio e incluye también lesiones con síntomas mínimos, infecciones subclínicas e infecciones latentes. Los síntomas demostrativos, sólo se observan en el 30% de los casos. Las lesiones pueden anunciarse por un ligero prurito. Cuando aumenta de intensidad corresponde a una infección sobreañadida por cándida que debe tratarse para evitar la persistencia de las lesiones, o fenómenos de intolerancia para el tratamiento local. A veces se mencionan pequeñas hemorragias espontáneas o desencadenadas por el coito en caso de localizaciones uretrales y vestibulares. Finalmente la localización y el tamaño de los condilomas pueden ser causa de dispareunia. (6).

Por observación, los condilomas vulvares y perineales presentan aspectos clínicos muy variados. El clásico es la "cresta de gallo": papiloma rosado en zona mucosa, grisácea en región semimucosa, de superficie erizada de pequeñas verrugosidades queratósicas y ásperas al tacto, muy fáciles de reconocer. No ocurre así con lesiones más discretas, que muchas veces pasan inadvertidas o se confunden. Así en la mucosa vestibular los condilomas virales se presentan a veces

en forma de pequeños papilomas digitiformes, rosados, lisos al tacto, dispuestos en grupos o en sábanas, y difícilmente se distinguen de una papilomatosis vestibular en "dedo de guante", constitucional o parafisiológica.

Las dificultades diagnósticas aumentan en caso de existir los dos tipos de anomalías; sólo los exámenes colposcópicos, histológicos, quizá virológicos, permiten resolver la situación.

En el meato uretral, como en la región del himen, los condilomas muchas veces adoptan aspecto eritroblásico y sangran fácilmente al menor contacto. Estas lesiones con aspecto de frambuesa deben distinguirse de un ectropión del meato mucho más liso y aterciopelado, o bien de un tumor maligno uretral o vestibular, generalmente infiltrado y mucho más hemorrágico.

En la vertiente cutánea, las formas papulosas pigmentadas de superficie poco o nada verrugosa son causa de error diagnóstico con verrugas seborreicas, nevos pigmentarios, y sobre todo con carcinoma in situ multicéntrico o bien lesión papulosa bowenoide (lesión con presencia de imagen histológica mixta: coilocitos virales superficiales y atipias mayores).

Los condilomas vulvares planos y confluentes pueden adoptar aspectos leucoplásicos equívocos. su carácter acuminado

a veces se descubre por un examen cuidadoso con lupa o colposcopio. Sin embargo, ante la duda se hace necesario efectuar biopsia para eliminar una displasia intraepitelial, que por lo demás acompaña a veces a condilomas auténticos. A la inversa, un condiloma voluminoso pediculado puede adoptar el aspecto de molusco péndulo cuando se halla en la vertiente cutánea de la vulva. (16,23).

En la niña y en la mujer de edad avanzada no es raro observar lesiones de mucosas genitales papulosas rosáceas, de superficie esférica, secas al tacto, que parecen verrugas vulvares.

En la mujer grávida, la diabética dependiente de insulina, y sobre todo en las mujeres con depresión de la inmunidad, los condilomas tienden a proliferar, a hacerse confluentes y formar grandes masas verrugosas en "coliflor" blancas o grisáceas, tienen mal olor por la infección sobreañadida casi constante. Estos condilomas exuberantes pueden confundirse con un carcinoma verrugoso, o un condiloma gigante de Buschke-Loewenstein.

Cuando se trate de condilomas vulvoperineales típicos o de la porción superior del aparato respiratorio fetal causa papilomatosis laríngea en niños y lactantes. Tales lesiones pueden causar obstrucción respiratoria y requerir operacio-

nes múltiples. (7,16).

DIAGNOSTICO:

Bases para el diagnóstico:

- A. Asintomático
- B. Proyecciones papilares del exterior del cuello uterino
- C. Citología
- D. Colposcopia
- E. Técnicas de hibridación

Citología:

La citología cervical (Papanicolaou), es un procedimiento de indiscutible valor para establecer la presencia de infecciones compatibles con el virus del papiloma humano (HPV) y fundamentalmente, para reconocer alteraciones displásicas y francamente malignas en diferentes estadios de evolución. El hallazgo citológico de coilocitos que son células escamosas con halos claros perinucleares, rodeados de un citoplasma denso, presencia de disqueratosis, binucleación, gigantismo, cambios de afinidad tintoreal del citoplasma y núcleo. La biopsia de epitelio afectado muestra papilomatosis y acantosis. La mitosis puede ser frecuente; pero, en ausencia de cambios neoplásicos, las células están ordenadas, con características nucleares regulares. Los coilocitos predominan en

las células superficiales. (4,6).

No se ha podido evaluar la frecuencia real de las alteraciones citológicas en el Papanicolaou, compatibles con atipia coilocítica diferente a la observada en lesiones displásicas o de franca neoplasia intraepitelial. (5).

Reacción de cadena de Polimerasa (PCR):

La amplificación del ADN del papilomavirus humano por la reacción de cadena de polimerasa (PCR) es una técnica de tipificación sensible para la cual se necesita sólo una mínima cantidad de ADN. El ADN del papilomavirus presente se detecta por medio de una amplificación génica enzimática selectiva. El ADN del tejido problema o "blanco" es identificado por medio de ciclos repetitivos de desnaturalización y refundición con "activadores" de oligonucleótidos. Después de la detección del ADN del papilomavirus humano aumenta 100 veces con dicho estudio, aunque los resultados pueden sufrir alteraciones o desviaciones por la contaminación del medio o del laboratorio. (2).

Hibridación de Ácidos Nucleicos:

Entre los más utilizados, están los de biología molecular como hibridación tipo southern Blot, Dot Blot e hibrida-

ción in situ. Todos ellos enfocados de preferencia a buscar los genotipos 6,11,16,18 y 33. El ADN del VPH se ha reconocido con una frecuencia variable dependiendo del tipo y características de la población estudiada. En mujeres no embarazadas y con frotis sin inflamación ni citología con alteraciones displásicas, la frecuencia varía del 1-14%. (5).

Estas técnicas pueden identificar ADN o ARN del VPH, y difieren en su sensibilidad, especificidad, valor predictivo y otros factores.

El Southern Blot: consiste en la extracción de ADN desde la célula y fragmentándola con endonucleasas restrictivas. Los fragmentos son separados usando electroforesis en gel de Agarosa y llevándolo a un filtro de nitrocelulosa, con separación por medio de un amortiguador salino. Los fragmentos son hibridados luego por empleo de una sonda complementaria de ADN radioactivo (conjugado con 32P) y visualizado por autorradiografía.

Hibridación de Northern: detecta el ARN de los tejidos. El ARN es extraído e hibridizado con sondas "marcadas". El operador incorpora e identifica la "refundición" o "nueva fusión" de las moléculas de ADN-ARN o ARN-ARN. (2,16).

TRATAMIENTO:

Antes de iniciar el tratamiento es necesario buscar la

posible existencia de una enfermedad de transmisión sexual, además es necesario informar a la paciente sobre la enfermedad e indicar medidas de higiene y prevención que debe tener.

Se ha observado que en el 18% de los casos hay una candidiasis genital asociada, en 8% una tricomoniasis, en 3% una infección por *Gardnerella vaginalis*; en 2% herpes, y en menos del 1% gonococo o sífilis. Además se ha observado un porcentaje importante en las mujeres de serología VIH positivo que, además tienden tendencia a recaer. (2,4).

Los compañeros sexuales, únicos o múltiples debieran examinarse sistemáticamente para descubrir lesiones, a veces discretas que son el origen de recontaminación. Estas lesiones se hallan generalmente en glande y prepucio, pero pueden permanecer en la mucosa dentro del meato. A veces son típicamente acuminadas, otras son más difíciles de reconocer por que constituyen un tipo de papilomas minúsculos grisáceos o rosados de superficie plana. El uso de colposcopio permitiría a veces un descubrimiento más fácil o, a falta de él, podría emplearse el blanqueo con ácido acético a 3-5%. (5).

El tratamiento de los condilomas es esencialmente local. En ausencia de todo tratamiento anti-HPV, el único objetivo, es destruir todas las células que contienen el virus. Los métodos químicos se basan en utilizar antimitóticos.

La resina de podofilina y el 5-fluorouracilo (5-Fu) sue

len ser eficaces en lesiones vulvares mucosas, pero están netamente contraindicados en embarazadas.

Las indicaciones para tratar la infección de HPV durante el embarazo generalmente se encuentran dentro de estas categorías:

1. Dolor materno y hemorragias.
2. Posible obstrucción del parto.
3. La posibilidad de que el recién nacido adquiriera la infección por HPV.

Mientras que las dos primeras indicaciones son aplicadas solamente a mujeres con condilomas extensos del tracto genital, la tercera indicación puede aplicarse a todas las pacientes con enfermedad clínica o subclínica del HPV. (11.12).

Los métodos físicos incluyen: crioterapia con Nitrógeno líquido, electrocoagulación, y vaporización con láser de CO₂. Ninguno de estos tratamientos destructores cubre la recidiva, por lo que se hace necesario vigilar a las pacientes durante los seis meses siguientes.

Resina de Podofilina:

En caso de condilomas estrictamente externos, el mejor tratamiento de primera elección es la podofilina, se utiliza generalmente diluido al tercio en aceite de parafina, la aplicación que lleva a cabo el médico ha de desbordar en algunos

milímetros las lesiones clínicamente visibles. Esta aplicación debe ir seguida, al cabo de dos a cuatro horas, de un lavado con agua tibia y enjuague abundante de los pliegues vulvares, seguido de secado. Estas aplicaciones se repiten cada cuatro a siete días, el resultado suele ser notable después de dos a tres sesiones, pero muchas veces quedan lesiones residuales que resultan resistentes a la podofilina, por lo que la repetición de las aplicaciones es inútil; resulta preferible recurrir a otro tratamiento, con la ventaja de intervenir en condilomas menos abundantes y menos voluminosos. (2,12,13).

No debe utilizarse en la embarazada porque la absorción tiene importancia, sobre todo en casos de grandes superficies el producto puede ser tóxico para el feto. Finalmente las aplicaciones excesivas, en casos excepcionales tienen efecto neurotóxico.

Los efectos citotóxicos de la podofilina son bien conocidos. Este "tóxico de la mitosis" provoca imágenes histológicas vecinas de las observadas en carcinomas epidermoides in situ que pueden persistir más de seis semanas después de la aplicación. Una biopsia efectuada durante este tiempo resulta, pues una fuente de errores y no debe llevarse a cabo. En la práctica los accidentes más frecuentes causados por podofilina son: vulvitis alérgica, la toxicidad sistémica in-

cluye: náuseas, vómitos, letargia, estupor y parálisis flácida, con diversos grados de coma.

Fluorouracilo (5-Fu):

Es un análogo de la pirimidina, que interfiere en el metabolismo del ácido timidínico e impide la síntesis de ADN. Este antimitótico se emplea localmente tanto para tratar condilomas como para los bowenoides papulosos, incluso carcinomas in situ.

Puede obtenerse en el comercio en forma de pómada al 5% con la ventaja de que la propia enferma puede aplicárselo, como en el caso de la podofilina permite tratar lesiones periféricas. Al día; una aplicación por la noche, seguida de lavado a la mañana seguida. (4,14).

La duración de las aplicaciones es de dos a seis semanas sin embargo, el tratamiento quizá deba de interrumpirse, si se presentan reacciones intensas de intolerancia local. Esta contraindicado durante el embarazo, dado su potencial de absorción sistémica.

Crioterapia:

Con Nitrógeno líquido (o criocirugía) da resultados muy positivos para tratar condilomas perianales y perineos, sin embargo la aparición de edema vulvar, celulitis y recidivas frecuentes impiden su amplio uso durante el embarazo.

Acido Tricloroacético al 50%:

Es otro medicamento local que se usa para tratar condilomas, es cáustico y astringente; precipita las proteínas, cuando se aplica localmente. Se ha aconsejado para tratar condilomas perianales, debe aplicarlo el médico, quien tendrá preparado una solución bicarbonatada neutralizante. Dado su potencial de absorción sistémica está contraindicado durante el embarazo. Sin embargo en un estudio realizado por Menéndez en 1995, concluye que puede ser utilizado durante el embarazo obteniéndose incluso mejores resultados y a un bajo costo, sin efectos secundarios y de fácil aplicación. (11).

Electrocoagulación y Láser de CO2:

Suelen utilizarse en caso de fracasar los anteriores. La electrocoagulación clásica tiende a ser sustituida poco a poco por la vaporización de láser. La precisión es mejor con el láser que, además permite hacer un "barrido" alrededor de los condilomas visibles. Cuando las lesiones son localizadas, o en unos pocos focos, la intervención puede llevarse a cabo con anestesia local o en varias sesiones. Después de las intervenciones son necesarias durante 15-20 días tratamientos locales antisépticos dos veces al día. El tratamiento con láser de CO2 se ha convertido en el preferido para lesiones grandes durante el embarazo.

Es muy frecuente que los condilomas grandes involucionen

durante el postparto; la vigilancia cuidadosa de los condilomas exofíticos en su evolución debe incluir valoración citológica y colposcópica de la vagina y el cuello uterino para detectar cualquier neoplasia vinculada. (13,14).

VI. METODOLOGIA

a. Tipo de Estudio: observacional descriptivo.

b. Sujeto de Estudio:

el sujeto de estudio fueron todas aquellas historias clínicas de pacientes con diagnóstico de papilomatosis vulvar durante el embarazo.

c. Tamaño de la muestra:

está constituido por 98 historias clínicas en las que se constató la presencia de papilomatosis vulvar durante el embarazo, en el período de enero de 1,991 a Diciembre de 1,995.

d. Criterios de Inclusión y Exclusión:

Se tomaron en cuenta todas aquellas papeletas en donde se encontró diagnosticada la presencia de papilomatosis vulvar en pacientes embarazadas durante el período de Enero de 1,991 a Diciembre de 1,995.

Se excluyeron del estudio todas aquellas pacientes con diagnóstico de papilomatosis vulvar sin embarazo.

RECURSOS:

a. Humanos:

- Director del Hospital Nacional. Antigua Guatemala.
- Jefe Depto. Ginecología-Obstetricia. Hospital Nacional Antigua Guatemala.
- Personal de Archivo. Hospital Nacional. Antigua Guatemala.

b. Materiales:

- Papeletas de archivo de los años 1991-1995.
- Utiles de escritorio.

c. Físicos:

- Hospital Nacional. Antigua Guatemala.
- Departamento de Archivo. Hospital Nacional. Antigua Guatemala.

d. Legales:

- Documento de autorización de trabajo en el área de archivos, redactada por el Director del Hospital Nacional Antigua Guatemala.

INSTRUMENTO DE MEDICION

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	OPERATIVI- ZACION	ESCALA NOMINAL
EDAD	Tiempo trans- currido desde el nacimiento hasta la fecha	Cuantita tiva	Años	Razón
PAPILO- MATOSIS VULVAR	Infección pro- ducida por pa- pilomavirus hu- mano, transmi- tido por con- tacto sexual.	Cualita- tiva	-Clínica -Método Accesorio	Nominal
CRITERIOS DE TERMI- NACION DEL PARTO	Normas para es- tablecer vía por la cual se realizará el nacimiento del producto en el momento del parto.	Cualita- va	-Resolu- ción ante- rior. -Dilata- ción avan- zada. -Papiloma gigante -Papiloma pequeño -Otros	Nominal
TRATAMIENTO	Procedimientos que se emplean para curar en- fermedad.	Cualita- va	-Podofili- na -Nitrógeno líquido -Otros	Nominal

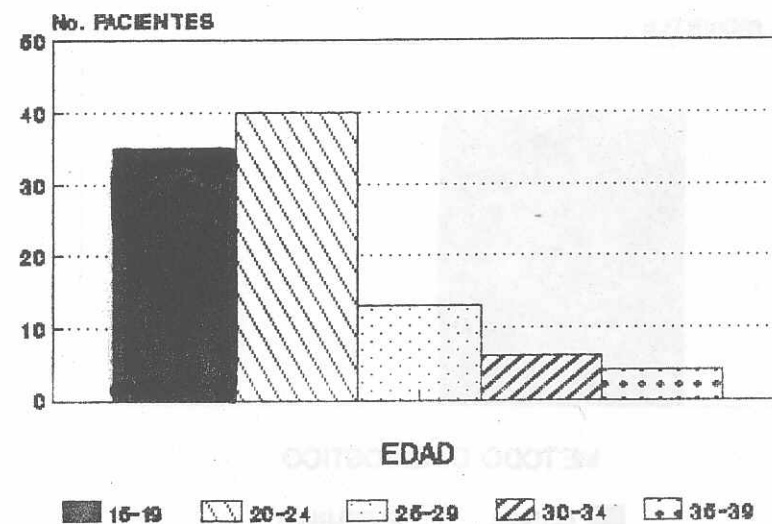
EJECUCION DE LA INVESTIGACION

La investigación se realizó en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, se revisaron las fichas clínicas en búsqueda de pacientes embarazadas con papilomatosis vulvar durante el período de Enero 1991 a Diciembre de 1995. Se anotaron las variables: edad, método diagnóstico, vía de terminación del parto, criterios para establecer dicha vía y tratamiento proporcionado.

CUADRO Y GRAFICA No. 1

Distribución por grupo de edad en pacientes
con papilomatosis vulvar durante el embarazo
Hospital Nacional, Antigua Guatemala
Enero 1991 a Diciembre 1995

EDAD	No.	%
15-19	35	36 %
20-29	40	41 %
25-29	13	13 %
30-34	6	6 %
35-39	4	4 %
TOTAL	98	100 %

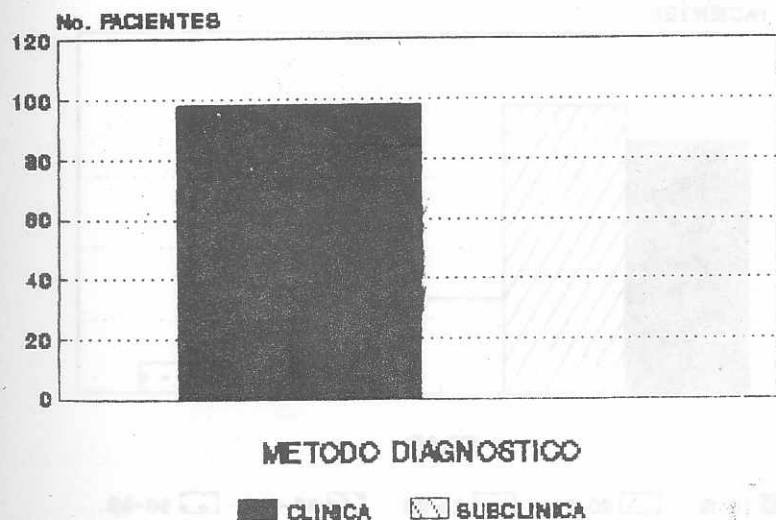


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 2

Método diagnóstico utilizado en pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo Hospital Nacional. Antigua Guatemala Enero 1991 a Diciembre 1995

METODO DIAGNOSTICO	No.	%
CLINICA	98	100 %
SUBCLINICA	0	0 %
TOTAL	98	100 %

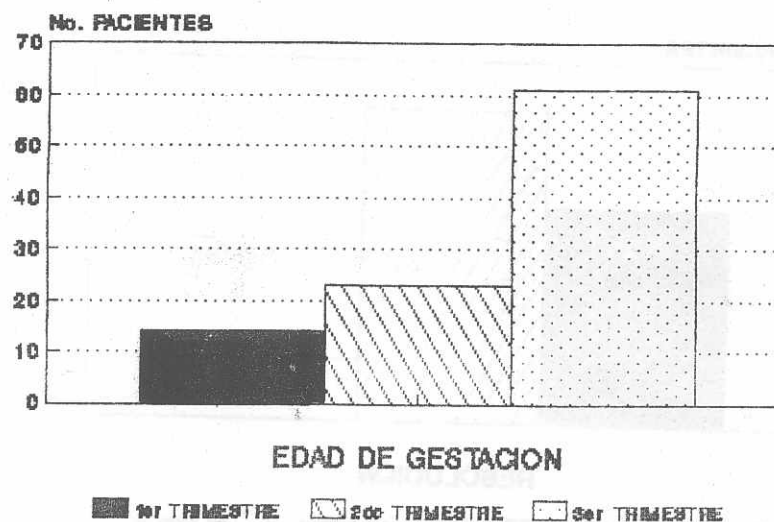


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 3

Edad de gestación en el momento del diagnóstico en pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo Hospital Nacional. Antigua Guatemala Enero 1991 a Diciembre 1995

EDAD DE GESTACION	No.	%
1er TRIMESTRE	14	14 %
2do TRIMESTRE	23	24 %
3er TRIMESTRE	61	62 %
TOTAL	98	100 %

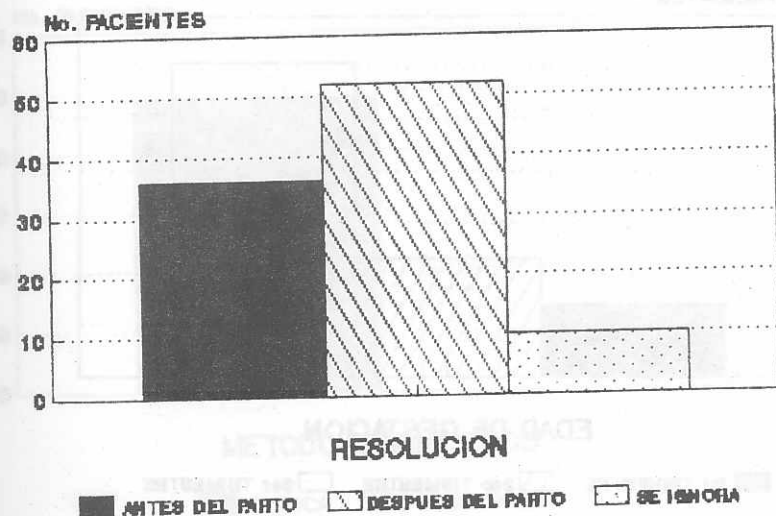


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 4

Resolución de papilomatosis vulvar en pacientes embarazadas, antes y después del parto
Hospital nacional. Antigua Guatemala
Enero 1991 a diciembre 1995

RESOLUCION	No.	%
RESOLUCION ANTES DEL PARTO.	36	37 %
RESOLUCION DESPUÉS DEL PARTO	52	53 %
SE IGNORA	10	10 %
TOTAL	98	100 %

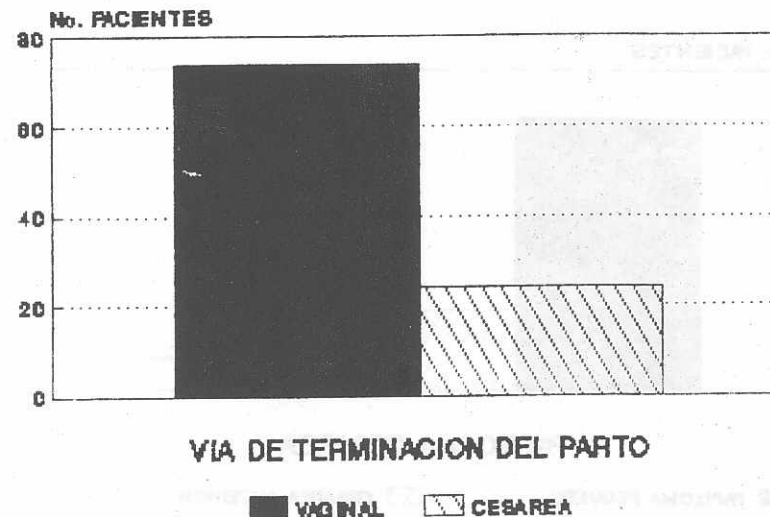


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 5

Via de terminación del parto en pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo
Hospital Nacional. Antigua Guatemala
Enero 1991 a Diciembre 1995

VIA DE TERMINACION	No.	%
VAGINAL	74	75 %
CESÁREA	24	25 %
TOTAL	98	100 %

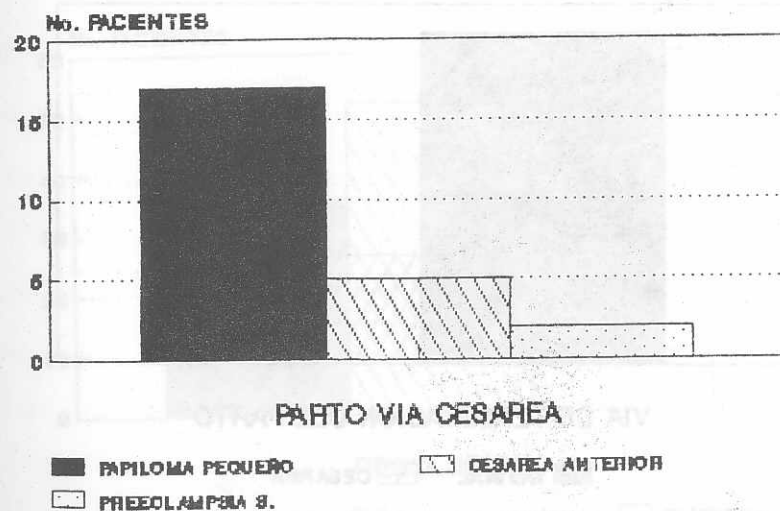


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 6

Criterios utilizados para dar parto vía cesárea en pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo Hospital Nacional de Antigua Guatemala Enero 1991 a Diciembre 1995

CRITERIOS	No.	%
PAPILOMA PEQUEÑO	17	71 %
CESÁREA ANTERIOR	5	5 %
PREECLAMPSIA SEVERA	2	8 %
TOTAL	24	100 %

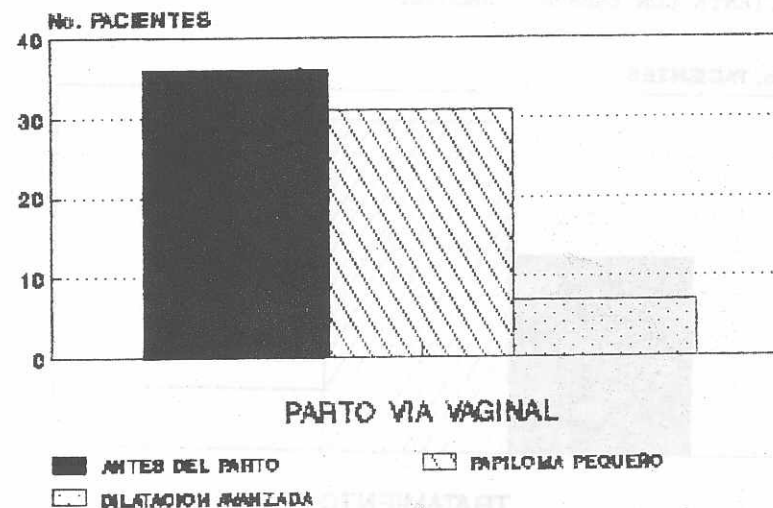


FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 7

Criterios utilizados para dar parto vía vaginal en pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo. Hospital Nacional de Antigua Guatemala. Enero 1991 a Diciembre 1995.

CRITERIOS	No.	%
RESOLUCION DE LA LESIÓN ANTES DEL PARTO	36	49 %
PAPILOMA PEQUEÑO	31	31 %
DILATACION AVANZADA	7	9 %
TOTAL	74	100 %



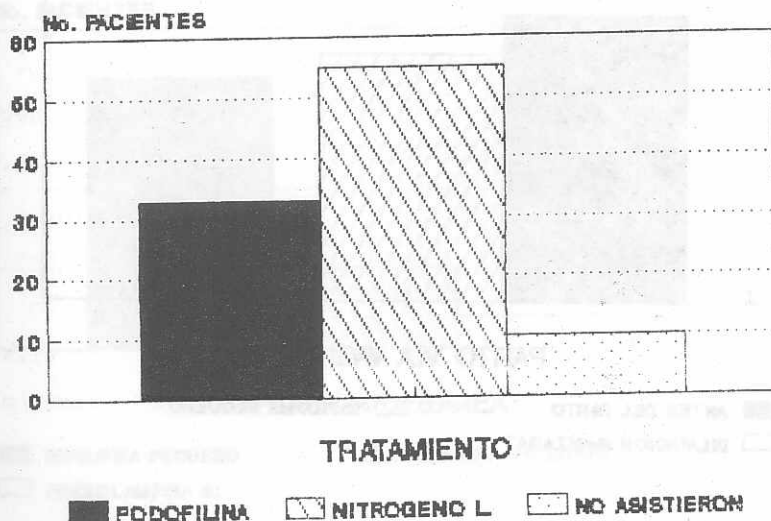
FUENTE: Boleta de recolección de datos.

CUADRO Y GRAFICA No. 8

Tratamiento brindado a pacientes con papilomatosis vulvar durante el embarazo.
Hospital Nacional Antigua Guatemala.
Enero 1991 a diciembre 1995.

TRATAMIENTO	No.	%
* PODOFILINA	33	34 %
NITRÓGENO LIQUIDO	55	56 %
NO ASISTIERON AL TRATAMIENTO	10	10 %
TOTAL	98	100 %

* PACIENTE CON EMBARAZO RESUELTO.



FUENTE: Boleta de recolección de datos.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En el período de Enero 1991 a Diciembre 1995 fueron atendidas en el Hospital Nacional. Antigua Guatemala 62,000 embarazadas; de las cuales 98 presentaron papilomatosis vulvar. Siendo la prevalencia de papilomatosis vulvar durante el embarazo en éste período de tiempo de 0.0015×100000 .

DISTRIBUCION ETAREA:

Se observa que el grupo etáreo más afectado, por papilomatosis vulvar durante el embarazo, está comprendido entre los 20-24 años con un 41% del total de pacientes. Observamos también un alto porcentaje entre las edades de 15-19 años (36%); lo que confirma lo descrito en la literatura, que son las pacientes en este grupo etáreo las más afectadas, debido principalmente al inicio temprano de la actividad sexual.

METODO DIAGNOSTICO:

En el 100% de las pacientes el diagnóstico se realizó por clínica, describiendo la papilomatosis vulvar como proyecciones papilares en región de vulva; a ninguna de ellas, se les realizó citología, colposcopia o alguna técnica más en la detección de la papilomatosis, pues las lesiones eran clínicamente evidentes.

EDAD DE GESTACION EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO:

Podemos ver que el 62% de las pacientes atendidas durante el embarazo y que presentaron papilomatosis se encontraban

en el tercer trimestre de gestación, confirmando con estos datos que la infección se hace más evidente clínicamente durante este período, observamos además, que las pacientes no asisten tempranamente a Control Prenatal, por lo que no se les realiza el diagnóstico oportunamente.

RESOLUCION DE LA PAPILOMATOSIS:

Observamos que en el 53% de las pacientes la papilomatosis vulvar se resolvió después del parto, pues las pacientes consultaron en el último trimestre del embarazo, impidiendo así recibir tratamiento temprano.

VIA DE RESOLUCION DEL PARTO Y CRITERIOS PARA ESTABLECER EL MISMO:

La vía de resolución del parto que se utilizó con más frecuencia fue la vía vaginal (75%). Debido a que 36 pacientes recibieron tratamiento antes del parto, resolviendo por completo las lesiones. En 31 pacientes, las lesiones que presentaron eran pequeñas, optando por dar parto vía vaginal; al igual que las que presentaron dilatación avanzada (7).

A 25% de las pacientes se les efectuó cesárea debido a que presentaban papiloma gigante (17), obstruyendo el canal del parto, siendo un factor de riesgo mayor para el recién nacido. Es de hacer notar además que a 5 pacientes se les efectuó cesárea por cesárea anterior y a 2 por preeclampsia severa.

TRATAMIENTO:

El tratamiento utilizado con mayor frecuencia fue con Nitrógeno líquido (56%). Aunque según la bibliografía consultada, el tratamiento de elección en condilomas durante el embarazo es rayos láser con CO₂, sin embargo en nuestro medio no se cuenta con este recurso. En el presente estudio podemos observar que en la mayoría de pacientes se utilizó Nitrógeno líquido, ya que es accesible en nuestro medio y no causa efectos teratógenos.

Observamos además que en 30% de las pacientes se utilizó podofilina, en las cuales ya se había resuelto el parto.

IX. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de papilomatosis vulvar durante el embarazo en el Hospital Nacional. Antigua Guatemala, durante el período de Enero 1991 a Diciembre 1995 fue de 0.0015×100000
2. El grupo etáreo más afectado por papilomatosis vulvar durante el embarazo, es el comprendido entre las edades de 20 a 24 años.
3. El método diagnóstico utilizado es por clínica, a ninguna de las pacientes se les realizó alguna técnica accesoria en el diagnóstico de la papilomatosis.
4. El 62% de las pacientes atendidas se encontraban en el 3er. trimestre del embarazo cuando se les realizó el diagnóstico.
5. En el 53% de las pacientes, las lesiones por papilomatosis se resolvieron después del parto.
6. La vía de resolución del parto utilizada con más frecuencia fue la vaginal (75%), utilizando como criterio principal para dar esta vía: resolución de las lesiones antes del parto (36).
La vía cesárea se utilizó en el 25% de las pacientes por presentar papilomatosis gigante (17), obstruyendo así el canal del parto.
7. El 56% de las pacientes recibió tratamiento con Nitrógeno líquido, el cual se aplicó durante el embarazo. En el 34% de las pacientes se utilizó podofilina después de haber resuelto el parto. El 10% de las pacientes no asistieron al tratamiento.

X. RECOMENDACIONES

- Insistir en el Control Prenatal temprano en toda paciente embarazada.
- Brindar plan educacional a las pacientes durante el Control Prenatal sobre enfermedades de transmisión sexual y las consecuencias en el recién nacido.
- Efectuar, en toda paciente embarazada, Papanicolaou cervico-vaginal como medida de detección temprana de la infección del papilomavirus humano y patología cervical asociada.
- Implementar protocolo de manejo y tratamiento en toda paciente embarazada con papilomatosis vulvar en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala.

XI. RESUMEN

El presente estudio fue realizado en forma descriptiva, siendo nuestra finalidad principal determinar la prevalencia de papilomatosis vulvar durante el embarazo. Se realizó en el Hospital Nacional de Antigua Guatemala, en el que se incluyó a 98 pacientes que ingresaron con tal diagnóstico, en el período de Enero 1991 a Diciembre 1995.

Se revisaron las fichas clínicas en el Departamento de Registro, analizando como principales variables: edad, método diagnóstico, edad de gestación en que se efectuó el diagnóstico, vía de terminación del parto, criterios para establecer el mismo y el tratamiento proporcionado a las pacientes.

Se observó que fueron atendidas 62,000 embarazadas durante este período, de las cuales 98 presentaron papilomatosis vulvar; obteniéndose una prevalencia de 0.0015×100000 .

Del total de pacientes (98), el 41% está comprendido entre las edades de 20-24 años, se encontró que el método diagnóstico utilizado en el 100% de las pacientes fue por clínica. En el 62% de las pacientes el diagnóstico se les realizó en el 3er. trimestre de gestación, pues en su mayoría no reciben control prenatal tempranamente.

en el 53% de las pacientes la papilomatosis se resolvió después del parto. La vía de terminación del parto más utilizada fue la vía vaginal (75%), debido en su mayoría (36) a que las lesiones se habían resuelto gracias al tratamiento oportuno.

La vía cesárea se utilizó en el 25% de las pacientes, principalmente por presentar papiloma gigante (17), obstruyendo de esta forma el canal del parto.

El tratamiento utilizado en el 56% de las pacientes fue Nitrógeno líquido, en el 34% se utilizó podofilina una vez resuelto el parto.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Byrne, P. How accurate is Colposcopy in the diagnosis of Cervical Human papillomavirus Infection? American Journal of Obstetrics and Gynaecology. July 1988 Vol.9 No.1: 60-63.
2. Carlson, J. Clinical Applications of Molecular Biologic Screening for Human Papillomavirus. Clinical obstetrics and Gynaecology. March 1992. Vol.35 No.1:13-17.
3. Das, B. Increased Human Papillomavirus Infection with the Increasing Number of Pregnancies in Indian Women. The Journal of Infections Diseases. January 1995. Vol. 17 No.1:254.
4. Escobar, E. Infecciones Ginecológicas. Ginecología y obstetricia de México. Octubre 1995. Vol.63 No.1:96-100.
5. Friedman, Emanuel. Gynecological Decision Making. Second edition: 118-119.
6. Garfias, Rocio. Conceptos actuales sobre la Infección por el virus del papiloma humano. Ginecología y Obstetricia de México. Dic.1995 Vol.63:509-511.
7. Hewitt, J. Lesiones vulvares infecciosas y parasitarias Enfermedades de la vulva. España 1989: 41-48.

8. Ikenberg, H y Col Low prevalence of Human Papillomavirus DNA. In endometrial cancer. Journal of Obstetrics and Gynaecology. March 1995. Vol.15 No.2:117-121.
9. Johnson, Jc. High frequency of latent and Clinical Human Papillomavirus cervical Infections in Immunocompromised Human Immunodeficiency Virus. Clinical Obstetrics and Gynaecology 1992. Vol.79:321-337.
10. M, Elsa María. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres con y sin citología cervical anormal. Ginecología y Obstetricia de México. Febrero 1993. Vol.61: 27-33.
11. Menéndez, Jorge. Tratamiento de la Infección cervical por el virus del papiloma humano con ácido Tricloroacético. Ginecología y Obstetricia de México. Febrero 1993. Vol.62:48-50.
12. Minkoff, L. Drug of choice for treatment of sexually transmitted Diseases during Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynaecology. June 1991 Vol.34 No.2:338.
13. Newton G. Herpes Simplex and Human Papillomavirus Genital Infection. Clinical Obstetrics and Gynaecology. Dec. 1990. Vol.33 No.4:801-810.

14. Patsner, Bruce. Human Papillomavirus Genital tract Infections During pregnancy. Clinical obstetrics and Gynaecology. June 1990. Vol.33 No.2:258-266.
15. Pérez, Alfredo. Obstetricia. Segunda edición 1992. Editorial Mediterraneo: 432.
16. Pernoll, Martin. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstetrico. Quinta edición 1989. Editorial El Manual Moderno. México: 646-647, 664-665.
17. Romanini, C. Correlation between Human Papillomavirus type and Progressive potential of low grade squamous Intra-Epithelial dysplastic, lesions of the cervix. Journal of Obstetrics and Gynaecology 1995. Vol.15 No. 5:324.
18. Rodríguez, Patricia. Manejo de la papilomatosis del tracto genital femenino durante el embarazo. Tesis Médico y Cirujano, Universidad de San Carlos de Guatemala, Julio 1991:12-15.
19. Schmeider, A. Human Papillomavirus Infection in the genital Tract. Journal of obstetrics and Gynaecology. November 1994 Vol.14:582-584.
20. Sullivan, Christopher. y Col. Tratamiento de vulvovaginitis durante el embarazo. clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1993. Vol.1:92-196.

21. Topley & Wilson's. Principles of bacteriology, Virology and Immunity. Vol.4 Virology: 664.
22. Valencia, Jorge. Diagnóstico de Papovavirus a través de citología cervico-vaginal. Tesis Médico y Cirujano. Universidad de San Carlos de Guatemala. Mayo 1990: 12-19.
23. Walsh, E. Diagnosis and Treatment of cervical Intraepithelial neoplasia. 1995. Vol.38 No.3:656-657.

BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE: _____

No. DE REGISTRO: _____

1. EDAD: _____

2. METODO DIAGNOSTICO:

-CLINICA: _____

-METODO ACCESORIO: _____

3. EDAD DE GESTACION: _____

4. VIA DE RESOLUCION DEL PARTO:

-VAGINAL: _____

-CESAREA: _____

5. CRITERIOS DE RESOLUCION DEL PARTO:

-PAPILOMA GIGANTE: _____

-PAPILOMA PEQUEÑO: _____

-RESOLUCION ANTES DEL PARTO: _____

-OTRO: _____

6. TRATAMIENTO:

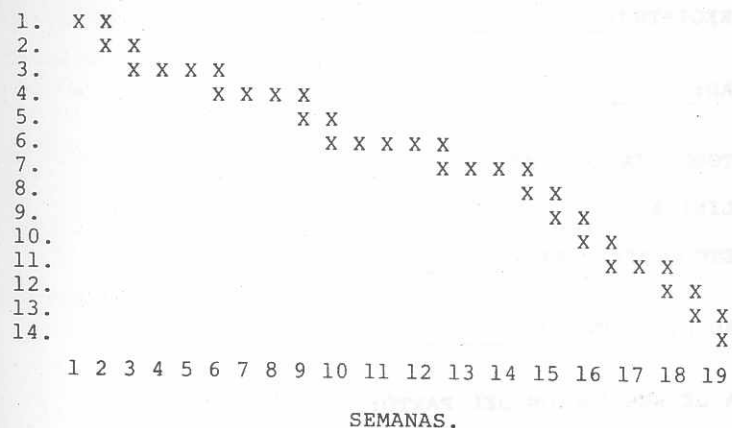
-PODOFILINA: _____

-NITROGENO LIQUIDO: _____

-OTRO: _____

GRAFICA DE GANT.

ACTIVIDADES:



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación (2 semanas).
2. Elección de asesor y revisor (2 semanas).
3. Recopilación de material bibliográfico (4 semanas).
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor (4 semanas).
5. Aprobación del proyecto por el Director del Hospital Nacional. Antigua Guatemala (2 semanas).
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis USAC (5 semanas).
7. Ejecución del trabajo de campo y recopilación de la información (4 semanas).

8. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas (2 semanas).
9. Análisis y discusión de resultados (2 semanas).
10. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen (2 semanas).
11. Presentación del informe final para correcciones (3 semanas).
12. Aprobación del informe final (2 semanas).
13. Impresión del informe final y trámites administrativos (2 semanas).
14. Exámen público en defensa de la tesis.