

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN GENITALES
EXTERNOS Y SUS PRINCIPALES CARACTERISTICAS
EPIDEMIOLOGICAS.

Estudio Observacional descriptivo, realizado en pacientes atendidos en la Consulta Externa de Dermatología y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante el período de enero de 1,991 a diciembre de 1,995.

SANDRA PATRICIA DIAZ OVANDO

MEDICO Y CIRUJANO

INDICE

	Página
I. INTRODUCCION	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA	2
III. JUSTIFICACION	3
IV. OBJETIVOS	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA	5
VI. METODOLOGIA	44
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS	49
VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	61
IX. CONCLUSIONES	63
X. RECOMENDACIONES	64
XI. RESUMEN	65
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
XIII. ANEXOS	69

I. INTRODUCCION

Las manifestaciones cutáneas observadas en genitales externos se presentan por etiología diversa, encontrándose en algunas ocasiones debidas a una enfermedad sistémica o local.

El objetivo principal de este estudio fué establecer las dermatosis más frecuentes en genitales externos y sus principales características epidemiológicas, en pacientes atendidos en la Consulta Externa de Dermatología y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante el período de enero de 1,990 a diciembre de 1,995.

Se evidenció que las enfermedades de transmisión sexual predominaron como causa etiológica, siendo los diagnósticos más frecuentes: papilomatosis y condilomatosis; y el grupo de pacientes más afectado el de 13 a 23 años, del sexo masculino y especialmente solteros, en 15 pacientes se encontró patología asociada a embarazo.

Un factor limitante fué el no encontrar antecedentes médicos en las historias clínicas.

Se recomienda reforzar los programas de educación sexual en los niños y adolescentes que son los principalmente afectados.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA

En estudios actualizados se establece que los más vulnerables a infectarse de enfermedad de transmisión sexual y SIDA, son los jóvenes quienes no reciben una educación adecuada e información para prevención de éstas patologías, (13) y se ha determinado que el grupo estudiantil masculino comprendido entre 14 y 24 años, es el más afectado por tener antecedentes de contactos sexo genitales, en una proporción 10 : 1 y 15: 1 en comparación con las mujeres. (13)

Se ha demostrado anteriormente que los adolescentes están teniendo relaciones sexuales a muy temprana edad (entre 12 y 13 años), y que por lo tanto no han recibido una buena educación sexual de parte de sus padres, para ser concientes de sus actividades sexuales, lo cual se ve reflejado en que sólo el 26% se han protegido con un preservativo en el momento del acto sexual. (18) Actualmente en Guatemala solo el 46.5% reciben educación sexual tanto en establecimientos públicos como en privados. (16)

En un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Roosevelt, sobre enfermedades cutáneas en genitales externos durante 1,993 se encontró que las lesiones más frecuentes son: Neurodermatitis, Tinia Cruris, Herpes Simple, Candidosis, Psoriasis, Intértrigo, Balanitis Inespecífica, Dermatitis Vulvar, Tricomoniasis, Dermatitis Seborreica, Dermatitis por Contacto, Carcinoma Epidermoide, Liquen Estriado, Liquen Escleroso y Atrófico, Vitiligo, Carcinoma Espinocelular y Enfermedad de Peyronie, y se observó que la morbilidad más frecuente fué Neurodermatitis con un 29.65%. (7)

El presente trabajo determinó las enfermedades cutáneas más frecuentes y sus características epidemiológicas en genitales externos diagnosticadas en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala y en base a los datos obtenidos se proponen recomendaciones que contribuyan a un mejor diagnóstico, tratamiento y prevención de estas enfermedades.

III. JUSTIFICACION

En la sociedad guatemalteca, integrada en su mayoría por gente en edad reproductiva, resulta de vital importancia que se le brinde la información y educación sobre las lesiones que afectan a los órganos de reproducción.

Para la disminución de las patologías que pueden prevenirse en genitales, se requiere de la participación de los padres y unificación de esfuerzos de los grupos organizados: médicos, instituciones públicas y privadas, maestros y población en general, quienes tendrán que promover programas que lleguen a todas las personas, sean estas alfabetas o analfabetas.

En Guatemala el desarrollo sexual, que es algo normal en el ser humano, muchas veces representa un tabú y secundario a esto se da la mala información y la distorsión de la sexualidad humana, por lo que es importante dar a conocer el tipo de patologías que se puedan dar y tratar de prevenirlas.

La trascendencia de estas enfermedades, son las secuelas permanentes o complicaciones que se presentan, dentro de las que se pueden mencionar: esterilidad, alteraciones a nivel del sistema nervioso central, psicológico e infecciones sistémicas, partos prematuros, abortos entre otras.

En la sociedad guatemalteca; integrada en su mayoría por gente joven, adolescentes, resulta de vital importancia que se le brinde la información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual.

Los datos de los que se disponen sobre las lesiones dermatológicas a nivel de genitales provienen de un estudio realizado en el Hospital Roosevelt, y debido a que en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, no se han realizado estudios previos y se cuenta con un volumen significativo de pacientes afectados se decidió investigar sobre este tema.

IV. OBJETIVOS

GENERAL.

Establecer cuales son las dermatosis más frecuentes en genitales externos, y sus características epidemiológicas en pacientes que asistieron al Hospital Nacional Pedro de Bethacourt de Antigua Guatemala en el período de 1,991 a 1,995.

ESPECIFICOS.

En los pacientes con enfermedad cutánea en genitales externos, identificar:

1. El tiempo de evolución.
2. El grupo étnico más afectado.
3. El sexo más afectado.
4. El estado civil más afectado.
5. El grupo étnico más afectado.
6. El tipo de ocupación de los afectados.
7. La procedencia de los afectados.
8. Establecer si se contó con laboratorios para método diagnóstico.
9. Verificar lesiones asociadas.
10. Establecer en sexo femenino embarazo asociado.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

1. HERPES GENITAL.

Transmitido en la mayor parte de los casos por via sexual, el herpes genital plantea problemas por su frecuencia, sus recidivas, y la ausencia de un tratamiento curativo definitivo, asi como los peligros de infección neonatal.

a. Virología.

Perteneciendo al grupo de Herpes virus, que incluye además al virus de varicela - zoster, el citomegalovirus y el virus de Epstein - Barr, los dos virus de Herpes simple (HSV 1 y HSV 2) son los causantes de infección genital. Estos HSV son virus, de ADN que despues de la primo infección permanecen latentes en el organismo, ocultos en los cuerpos celulares de neuronas sensitivas (ganglio de Gasser y ganglios sacros).

La infección viral pasa, pues, por varias etapas: una fase productiva en el curso de la cual el virus penetra en la célula blanco epitelial y ahí se multiplica. A esta fase productiva, que suele manifestarse por lesiones clínicas, sucede una fase de latencia : hay ADN viral en la célula nerviosa, pero ahí no se replica ni hay manifestaciones del genoma ni síntesis de antígeno. En un momento cualquiera, el virus , por vía centrifuga siguiendo el axón neuronal, puede volver a colonizar el territorio cutáneo o mucoso y producir una recurrencia clínica. (11, 22)

b. Evolución natural de la enfermedad.

Como el Herpes orolabial, la enfermedad herpética genital evoluciona en tres etapas. El primer episodio tiene lugar dos a siete dias despues del contagio infectante. Cuando afecta a un individuo que no tiene antecedente alguno de infección herpética, se habla de primoinfección, que va a ser confirmada por una seroconversión (rápido aumento de anticuerpos). Cuando se produce en un individuo que ya ha sufrido una infección herpética, por ejemplo orolabial, se habla de infección genital inicial no primaria, y desde el primer momento la serología muestra anticuerpos que fijan el complemento. Este primer episodio clínico va seguido de una fase de latencia, eventualmente con intervalos de recurrencias.

El tipo de HSV también varía en función del tipo de episodio clínico: así, HSV 1, el virus de Herpes orolabial, es cinco veces más frecuente en las lesiones de primo infección que en las recurrencias, en tanto que el HSV 2 se presenta mucho más frecuentemente en las lesiones recurrentes. Esto permite sospechar que una infección previa con HSV 1 protege contra las recidivas, mientras que el HSV 2 parece favorecer. (22)

c. Epidemiología

En los últimos 10 años, el herpes genital simple ha alcanzado proporciones epidémicas, afectando cinco millones de americanos, con 500,000 nuevos casos anualmente. La incidencia es más alta en sociedades con estado socioeconómico medio a superior y entre blancos.

La fuente de infección del virus consiste en personas que lo están secretando durante períodos asintomáticos o en la fase de recuperación de una lesión y el tiempo promedio durante el cual suelen ser infectantes es alrededor de 23 días.

Las vesículas son fuente altamente productora de virus, pero pasados los primeros siete días, la posibilidad de obtener un cultivo positivo es muy pequeño. El período de incubación oscila entre 2 y 12 días y en promedio 6 ó 7 días. (5)

d. Clínica

d.1 Primer episodio de herpes genital.

Típicamente, el comienzo de la enfermedad es agudo y abrupto; pero puede ser atenuado incluso asintomático.

La primo infección genital. Es virulenta sobretodo en la mujer en quien se presenta como una vulvitis aguda hiperálgica, anunciada por un malestar febril y acompañada de adenopatía inguinal. Es una verdadera explosión de vesículas más o menos agrupadas en "racimos" sobre un edema inflamatorio difuso.

El dolor es intenso que se agrava por la micción. No es excepcional la retención de orina.

Apenas formadas, las vesículas se rompen, y en plazo de 48 horas se da el aspecto inflamatorio.

El diagnóstico de la primo infección herpética es fácil, pues ninguna otra infección crea el cuadro clínico agudo, con excepción de algunas zonas fáciles de distinguir por la unilateralidad de las lesiones. El diagnóstico se confirma por frotis de las erosiones, que muestran degeneración con dilatación de las células epidérmicas y, sobretodo por la búsqueda y la determinación del tipo de virus. La certeza de la primo infección la da el serodiagnóstico negativo de la fase aguda, que se volverá positivo con título elevado dos o tres semanas más tarde. (22, 24, 27)

d.2 Fase latente

Después de la primoinfección, violenta o silenciosa, la enfermedad herpética entra en fase de latencia que se manifiesta por la persistencia constante de un título bajo de anticuerpos. Esta fase puede ser breve o muy prolongada, incluso definitiva. (22)

d.3 Herpes genital recurrente

Las recurrencias entre herpes genital muchas veces son provocadas por fatiga, un choque psicológico, quizá con el ritmo menstrual.

El Herpes residivante se anuncia en las horas que preceden al brote por una sensación de prurito o urente en la futura erupción. La localización de las recurrencias muchas veces es fija en un mismo punto en las regiones genitales externas o en la piel paragenital (perineo, púbis, gluteos, muslo). (22, 24, 27)

Las formas clínicas del Herpes recurrente pueden ser:

- Las formas aftoides
- Las formas ulcerosas
- Las formas con fisuraciones
- Las formas edematosas
- Herpes crónico
- Herpes generalizado
- Pustulosis varioliforme de Kaposi - Juliusberg

e. Métodos diagnósticos

El aislamiento del virus es el método preferido para confirmar el diagnóstico de Herpes. Los HSV son muy sensibles al calor, al pH y a la desecación; por tanto conviene respetar tres reglas:

1. Tomas muy tempranas
2. Utilizar un medio específico
3. Transporte rápido o bien conservarla en hielo carbónico a temperatura cercana a 70 grados centígrados.

Algunos métodos rápidos de inmunofluorescencia permiten dar el resultado en plazo de 12 a 24 horas, pero esta técnica es menos confiable.

La susceptibilidad de los exámenes virológicos varía según las etapas de las lesiones. Así, los cultivos son positivos en:

- 94 por ciento a partir de lesiones vesiculares
- 87 por ciento a partir de pústulas
- 70 por ciento a partir de úlceras
- 27 por ciento a partir de las lesiones costrosas

Cuando no se cuenta con laboratorio virológico puede utilizarse el citodiagnóstico. Se lleva a cabo con el frotis del fondo de una vesícula previamente rota o sobre el fondo de una erosión. Después de extender sobre el portaobjetos y coloración de May Grünwald - Giemsa, en caso de infección del grupo de virus de Herpes (varicela - zona - Herpes), se observan las células específicas: células gigantes multinucleadas con un núcleo hinchado (células de Unna).

Diversas técnicas (ELISA; inmunofluorescencia) permiten distinguir los dos grupos antigénicos, pero, como hay muchos antígenos comunes a los dos serotipos HSV, a veces resulta difícil establecer la diferencia serológica entre HSV 1 y HSV 2, sobre todo en enfermos que presentan valores altos de anticuerpos. (11, 22)

f. Tratamiento

Para el tratamiento de esta patología se cuenta con el Aciclovir.

El aciclovir (9 - "2 - hidroxietoximetil" guanina) inhibe la síntesis de ADN viral sin dañar a la célula huésped.

Esto se debe a que se requiere una fosforilación previa a cargo de la timidina quinasa viral ; también inhibe la ADN polimerasa viral (la enzima fundamental en la duplicación del ADN viral).

Se presentan las siguiente formas:

- Aciclovir, pomada oftálmica al 3%
- Aciclovir, pomada al 5%
- Aciclovir, tabletas de 200 mgs, 400 mg y 800 mgs
- Aciclovir, suspensión de 200 mgs/5 ml
- Aciclovir intravenoso, 250 mgs y 500 mgs en polvo. Disolver 250 mgs en 10 ml de agua o salina normal al 0.9 por ciento y agregar a 90 mililitros de salino; se administra por venoclisis durante una hora (250 mgs/ 100 ml igual 2.5 mgs/ml; la dosis es 5 mgs/Kg peso corporal IV cada 8 horas).

- Para el tratamiento genital:

- En el primer episodio clínico Aciclovir unguento al 5%, aplicar suficiente cantidad para cubrir adecuadamente las lesiones cada 3 horas, seis veces al días por 7 días.
- Enfermedad recurrente: no hay tratamiento para prevenir recurrencias, se le informa al paciente de la historia natural de la infección y abstinencia de contacto sexual mientras tenga lesiones presentes se recomienda el uso de condón. (8, 13)

2. SIFILIS

La sífilis es una enfermedad infecciosa generalizada desde el comienzo, transmisible a la descendencia y de evolución eminente crónica que transcurre entre períodos de actividad y latencia, con manifestaciones cutáneas y viscerales de toda índole. (9)

El agente productor es el *Treponema pallidum*, son espiroquetas pequeñas (9 a 14 micrones).

Algunos treponemas patógenos, con el paso de los siglos se han adaptado al hombre, sobre todo *Treponema pallidum*, que se transmite

especialmente por las mucosas. Otros treponemas cercanos a *Treponema pallidum* son causa de Sífilis endémica (pian, beagin, pinta), que no tienen tropismo particular por la vulva. La Sífilis es la única treponematosi de transmisión venérea por su menor contagiosidad por vía transcutánea.

Sin tratamiento, es un proceso crónico que evoluciona a través de varias etapas:

- Inoculación en ocasión de un contacto sexual.
- Fase de eclipse, totalmente latente: los treponemas no se descubren y parece haber desaparecido.
- Al cabo de 15 a 20 días, aparición de un chancro en el punto de inoculación, acompañado de adenopatía satélite.
- Aparición de anticuerpos al cabo de 12 a 45 días de iniciado el chancro, según la índole de los anticuerpos.
- Sífilis secundaria, 45 días a 6 meses después del chancro.
- Sífilis latente
- Sífilis terciaria, de localización principalmente visceral
- Posibilidad de Sífilis congénita transmitida por vía transplacentaria de la madre al feto.

Sólo la Sífilis primaria y la Sífilis secundaria originan lesiones vulvares. La Sífilis terciaria genital es excepcional, en tanto que todavía se observan localizaciones bucales. (3, 22)

a. Epidemiología

En un estudio realizado en Panamá, los pacientes de sexo masculino duplicaron a las de sexo femenino, el grupo etáreo más frecuente es de 20 a 40 años. El grupo de solteros superaron a los casados y concubinos, el empleo más afectado fué : domésticos, operarios y amas de casa. (25)

b. Clasificación

Chancro sifilítico. 15 a 20 días después de la inoculación aparece una pequeña pápula, que rápidamente se ulcera. Es indoloro de bordes circulares u ovals, con base infiltrada y fondo propio.

El diagnóstico se plantea con un Herpes recurrente, afta, úlcera traumática, incluso un Chancro blando. Cuando exista la menor duda hay que buscar sistemáticamente el treponema en toda ulceración. (22)

El descubrimiento serológico de la Sífilis primosecundaria depende actualmente de una reacción cardiolípina de tipo Kline o VDRL, junto con una reacción treponémica: FTA, o FTA - Abs (inmunofluorescencia), o bien TPHA (hemaglutinación).

La más específica es la prueba de FTA o la FTA - Abs. Alrededor de los días 15 a 20 se hace positiva la prueba TPHA, igual que VDRL y la Kline. Estas tres últimas pueden dar resultados positivos falsos, a veces pasajeros (infección aguda, embarazo, vacunación), a veces persistentes (enfermedades autoinmunes, lepra, toxicomanía por drogas).

La prueba de Nelson, pesada y costosa, sólo resulta positiva a partir de los 30 a 45 días y ya no tiene gran interés en esta fase de la enfermedad. (3, 11)

Sífilis secundaria.

El período secundario comienza 6 a 8 semanas después de iniciado el Chancro, con la aparición de roseola; pero ésta muchas veces pasa inadvertida. Es un período septisémico durante el cual el treponema reaparece por vía sanguínea a nivel de piel y mucosas e invade ganglios linfáticos y ciertas vísceras.

Aparte de las determinaciones cutáneas muy polimorfas: roseola (máculas planas rosadas, aterciopeladas al tacto, redondas o alargadas siguiendo un pliegue), sifilides papulosas (en particular de palmas de las manos y plantas de los pies), alopecia dispersa, perleche (boquera), collar de venus, aspectos atípicos que pueden simular dermatosis muy diversas, la Sífilis secundaria tiene determinaciones vulvares bastante características.

Las lesiones mucosas genitales, o bucales, son muy contagiosas. Se distinguen dos tipos: las placas mucosas, erosiones redondeadas u ovals, rosadas u opalinas, múltiples, no infiltradas, a comienzos de la fase secundaria, que muchas veces pasan inadvertidas; las sifilides vegetantes asumen la forma de pápulas planas, salientes, más o menos erosivas e infiltradas, húmedas, y frecuentemente con infección sobreañadidas. (3, 11)

Sífilis terciaria

Actualmente es mucho más rara que antes el goma vulvar ulceronecrosante, a veces muy destructivo, es muy raro, al igual que los gomas múltiples. (22)

c. Tratamiento

c.1 **Sífilis temprana**. Régimen recomendado para Sífilis
Penicilina Procaína 1.2 g. IM cada día durante 10 días. Si el paciente es alérgico, el tratamiento es Eritromicina 500 mgs. PO cada 4 horas (6 veces por día) durante 21 días. (8, 13)

c.2 **Sífilis secundaria**.
Penicilina Procaína 1.2 gramos IM cada día durante 14 días. Si el paciente es alérgico use Eritromicina 250 mgs. cada 4 horas (6 veces por día) durante 21 días. (8, 13)

c.3. **Sífilis terciaria**.
Penicilina Procaína 1.2 gramos IM cada día durante 14 días. Para prevenir una reacción de Herxheimer¹, se administra además Prednisolona, 15 mgs. por día, comenzando el día anterior al inicio del tratamiento penicilínico y continuando hasta un día después de haber interrumpido aquel. Si el paciente es alérgico, se reemplaza por Eritromicina en dosis de 250 mgs. 6 veces al día durante 21 días. A la Sífilis **primaria, secundaria, latente** o que tenga menor de 1 año de duración se da tratamiento con Penicilina Benzatínica G 2.4 millones IV, IM dosis única. Alérgico a Penicilina se da Tetraciclina 500 mgs. PO cada 6 horas por 15 días. Si no tolera Tetraciclina se da Eritromicina 500 mgs. PO cada 6 horas por 15 días.(8, 13)

3. CHANCRO BLANDO (úlceras venéreas)

El agente infeccioso del Chancro blando es el *Haemophilus ducreyi*, pequeña bacteria Gram negativa difícil de cultivar. (22)

¹ Reacción Jarisch - Herxheimer. Después de la administración de un medicamento, pueden presentarse nuevas lesiones y las lesiones existentes se reactivan. Además, el paciente puede sufrir fiebre en forma transitoria dentro de las 12 horas después de administrar esta terapéutica. Con la penicilina en la sífilis esta reacción es debida a la repentina destrucción de gran número de espiroquetas. (21)

Por lo general, en la piel y en la mucosa externa de genitales, a veces en otros puntos de la piel, por inoculación del bacilo productor del chancro blando, se presentan una o varias nodulaciones de tamaño variable entre el de cabeza de alfiler y guisantes por lo general cercanas unas a otras cuando son varias. (12, 24, 27)

a. Epidemiología.

El Chancro blando es endémico en algunas regiones tropicales y subtropicales. En Francia había desaparecido totalmente, excepto algunos casos esporádicos en los puertos, cuando en 1973 se produjo una pequeña epidemia en la región parisina, de contaminación estrictamente sexual. El Chancro blando tiene una neta preponderancia masculina. En efecto, las mujeres pueden ser portadores sanos, o presentar sólo lesiones mínimas inadvertidas. La incubación dura de 2 a 6 días. (22)

b. Clínica.

La lesión pustulosa inicial puede pasar inadvertida. Esta pústula la evoluciona rápidamente hasta convertirse en úlcera dolorosa de 3 a 20 mm de diámetro. Los bordes de la úlcera típicamente son irregulares, despegados, rodeados de un ribete hemorrágico. Su superficie irregular muchas veces está cubierta de una capa purulenta. La base raramente se observa infiltrada, como ocurre en el Chancro sifilítico; mas bien es edematosa. Se trata, pues, de una úlcera dolorosa no indurada y muchas veces multipolar. Se han descrito muchas formas clínicas, sobre todo indoloras y necróticas. (3)

El Chancro blando de la región genital no sólo se localiza en la piel, sino también en la mucosa. En el hombre, se suele encontrar en la cara interna del prepucio, en el frenillo, en el surco coronario y en el glande. En la cara interna del prepucio, cuando es normal la conformación de éste puede ser fácilmente corrido hacia atrás, el Chancro presenta los mismos caracteres que el de la piel del pene. En el surco coronario, cuando el tejido es más resistente y duro que de lo ordinario, el bacilo del Chancro blando, en vez de producir una inflamación superficial, ocasiona una induración que se hunde en la profundidad; y las ulceraciones cuyos bordes son aplanados, se

hallan cubiertas, no por pus seroso, sino por una capa lardácea², pudiendo por lo tanto resultar muy parecida al Chancro sifilítico. (4)

Las adenopatías inguinales, únicas o bilaterales, son inconstantes, sobre todo en la mujer; el ganglio o ganglios voluminosos, que rápidamente fluctúan pueden hacer fistulas a la piel y ésta fistula "volverse como Chancro" por autoinoculación.

El diagnóstico bacteriológico es difícil. Pocos laboratorios disponen de los medios de cultivo necesarios para aislar *Haemophilus ducreyi*, y las pruebas serológicas propuestas por algunos autores no son confiables. El diagnóstico de Chancro blando depende de la exclusión de otras causas de ulceraciones genitales (Sífilis, Herpes, enfermedad de Nicolas y Favre) y del examen directo del pus obtenido por raspado de la superficie de una lesión, o por aspiración de un ganglio purulento. La coloración de Gram demuestra la presencia de pequeños bacilos Gram positivos intracelulares o extracelulares, más o menos intensamente coloreados en sus extremos (aspecto de imperdible). Este examen directo es poco sensible y poco específico. (22)

La adenitis venérea o bubón constituye la complicación más importante del chancro blando. La adenitis se presenta en el 1/3 de los casos apareciendo de 5 a 15 días después de la lesión primaria con las siguientes características: tamaño mediano, unilateral e inflamado. (9)

Los frotis de la lesión supurante generalmente muestra una flora bacteriana mixta. Los raspados de las lesiones pueden cultivarse en agar chocolate con 1% de IsoVitaleX y Vancomicina, 3 ug/ml, para el desarrollo de *Haemophilus ducreyi*. Rara vez se hacen pruebas serológicas. (11)

c. Tratamiento.

Primera elección:

- Ceftriaxone 250 mgs., IM, dosis única, o
- Azitromicina 1 gramo, PO, dosis única, o
- Eritromicina 500 mgs., PO, cuatro veces al día por 7 días.

Segunda Elección:

- Amoxicilina 500 mgs., PO, cada 8 horas más Cloranfenicol 125 mgs., Po cada 8 horas por 7 días, o
- Ciprofloxacina 500 mgs., PO, 2 veces al día por 3 días.

Para la mujer embarazada se da Ceftriaxona 250 mgs al día IM en una sóla dosis.

Si hay adenopatías, el reposo evitará la producción de abscesos ganglionares. En casos de absceso, se tratará por punción y aspiración, atravesando piel vecina normal para evitar la fistulización. La incisión o la extirpación de los ganglios supurados no son aconsejables porque alargan considerablemente el tiempo de cicatrización. (8, 13)

4. LINFOGRANULOMA VENEREO (Enfermedad de Nicolas y Favre, Poradenitis o Donovanosis).

La Donovanosis depende de una pequeña bacteria Gram negativa, difícil de cultivar, del tipo *Klebsiella* llamado *Calymmatobacterium (Donovania) granulomatis*. (11, 22)

En la linfogranulomatosis está afectado el sistema linfático de todo el cuerpo, caracterizándose la afección principalmente por la tumefacción de los ganglios linfáticos del cuello, en uno o en los dos lados, de los del hilio pulmonar y de los de otras regiones del cuerpo; el hígado el bazo y otros órganos también toman participación. (22)

a. Epidemiología.

Los casos publicados esporádicamente se refieren siempre a individuos que se han contagiado en zonas endémicas: sobre todo las Antillas, pero también América Central, Asia, Oceanía, más raramente Africa. La enfermedad afecta principalmente a individuos de raza negra que viven en ambiente desfavorables. La contaminación no es exclusivamente sexual. La Donovanosis es también autoinoculable y puede afectar a las criaturas (4% de casos infantiles de Nueva Guinea). (9, 24, 27)

El período de incubación oscila entre 10 a 25 días, transcurrido el cual aparece la lesión del período primario, que es efímero (2 a 3 días) y pasa frecuentemente inadvertido o es erróneamente interpretado. (9)

b. Clínica.

² Lardáceo: sustancia grasa de los tejidos orgánicos que han sufrido una degeneración cancerosa.

La lesión se inicia más frecuentemente en zonas cutáneas que mucosas. Se presenta como una pápula que rápidamente sufre erosión y la superficie es limpia, irregular y granulomatosa. La lesión es particularmente extensa, destructora y vegetante.

Como se trata también de una afección autoinoculable, la Donovanosis causa "Chancros" donovánicos múltiples. (9)

Cuando no hay infección sobre añadida, la donovanosis no se acompaña de adenopatía inguinal. En los pliegues inguinales se observan dos tipos de lesión: úlceras en el punto de contagio por autoinoculación, por extensión de lesión genital, o tumefacciones subcutáneas (seudobubones).

En tales casos no es raro que esté también afectada la piel apareciendo en ella, como cuando existen procesos leucémicos, eflorescencias pruriginosas y urticariales; nodulaciones del tamaño de cañamones o lentejas, del color de la piel o rojizas, con depresión central; y tumoraciones morenas o azuladas y de dimensiones variables.

El diagnóstico clínico, cuando existen las típicas tumefacciones de los ganglios linfáticos, es relativamente fácil, pues las pequeñas granulaciones umbilicadas dispersas por el cuerpo son bastante características; pero cuando la tumefacción ganglionar falta, el diagnóstico presenta grandes dificultades, pudiendo la afección ser confundida con las eflorescencias de la dermatitis herpetiforme y con la urticaria papulosa pertans (persistente); y cuando hay grandes infiltrados y tumores, con la leucemia, la micosis y la sarcomatosis cutánea. (4, 9, 22) El *Calymmatobacterium* puede crecer en medios bacteriológicos complejos, pero en la práctica rara vez se intenta su cultivo. La mayoría de las veces, la demostración histológica de los "cuerpos intracelulares de Donovan" en el material de biopsia, respalda la impresión clínica. Las pruebas serológicas no son útiles. (3, 9, 11)

c. Tratamiento.

Primera elección:

- Doxiciclina 100 mgs, PO, dos veces al día por 21 días.

Segunda elección:

- Eritromicina 500 mgs., 4 veces al día por 21 días, mas

Sulfisoxazol 500 mgs 4 veces al día por 21 días.

5. CARCINOMAS EPIDERMÓIDES

Aunque relativamente raros con relación al conjunto de cánceres genitales femeninos (3 a 5 %) los carcinomas epidermoides invasores todavía comportan una mortalidad elevada, aun cuando son poco invasores.

La proliferación invasora en la dermis de células desviadas por la carcinogénesis plantea los mismos problemas diagnósticos, terapéuticos y pronósticos, sean cual sean las diferentes condiciones de aparición del cáncer. (22)

a. Clínica.

El carcinoma epidermoide in situ, es el grado más grave de la proliferación atípica desorganizada e inmadura, pero que se observa intraepitelial, de los queratinocitos del epitelio vulvar. El carcinoma superficial tiene una peculiaridad histológica notable que la identifica como la "eritroplasia" de Queyrat, la enfermedad de Bowen cutánea, y el carcinoma in situ de cuello uterino. Pero en la vulva esta lesión microscópica estereotipada se manifiesta clínicamente con aspectos variados lo cual obliga a efectuar una biopsia ante la menor duda. (3, 9)

El Condiloma gigante del pene, es una lesión vegetante con diferenciación escamosa, de evolución muy lenta, situada en el prepucio, regiones inguinales y perianales.

Cuerno peneano: en la superficies del glande aparecen unas lesiones verrugosas cornificadas que crecen hasta tomar el aspecto de verdaderos "cuerpos cutáneos" que se movilizan bien y no parecen estar adheridos a la profundidad, se ha incriminado a una mala higiene, muchas veces debido a una fimosis previa, produce una balanitis con aspecto cicatrizal, la superficie del glande se torna blanquizca, apergaminada y poco a poco se va estableciendo la verrugosidad típica. (9, 24)

b. Tratamiento.

Probablemente, tanto la extirpación parcial como la radioterapia son igualmente efectivas. La elección depende de cual de ellas proporcionará el mejor resultado cosmético según cada localización particular. Si se va a usar radioterapia, debe hacerse una biopsia para confirmar el diagnóstico antes de comenzar el tratamiento. Los nódulos linfáticos locales deben ser controlados antes de embarcarse en cualquier tipo de tratamiento local,

pero la metástasis son poco usuales y, si aparecen, suelen ser un hallazgo tardío.

b.1 Extirpación Local

La extirpación quirúrgica con un margen de 2 a 3 mm alrededor de la lesión es todo lo que se necesita. Si el tumor es demasiado grande para un cierre primario, puede recurrirse a un colgajo de piel o a un injerto cutáneo de espesor completo.

b.2 Radioterapia

La radioterapia es adecuada para los tumores demasiado grandes, para aquellos que requerirían un injerto en pacientes demasiado frágiles para soportar este procedimiento, aquellos que serían técnicamente difíciles de extirpar o aquellos que requerirían amputación o una cirugía reconstructiva ulterior de gran envergadura.

El tratamiento radioterápico se fracciona de la misma manera que para los carcinomas de células basales y la dosis total es la misma (37, 5 Gy). Habitualmente se administra en 10 fracciones diarias de 3,75 Gy o, en los pacientes muy frágiles en 10 fracciones semanales de 3,75 Gy.

b.3 Curetaje y cauterización

En algunos pacientes ancianos los Carcinomas espinocelulares están muy bien definidos y son de crecimiento lento y, si su resección quirúrgica es difícil, pueden ser satisfactoriamente tratados mediante curetaje y cauterización.

b.4 Tratamiento en enfermedad avanzada.

Los grandes tumores fungoides deben ser tratados por extirpación, siempre que ello sea posible (aún cuando exista enfermedad diseminada), ya que es difícil tanto para el paciente como para sus familiares, soportar la suciedad y el olor del exudado. Si no es posible intervenir, el olor puede ser disminuido con baño de una solución débil de Permanganato de Potasio y aplicaciones tópicas de gel de Metronidazol al 0.75 por ciento. (3, 9, 13)

6. CANDIDIASIS

Es una infección aguda o crónica, usualmente de piel y mucosas, puede ser sistémica o visceral.

Es causada por una levadura *Candida albicans*, la cual se encuentra en estado de saprofito del tracto gastrointestinal y la vagina. La administración de Corticoesteroides y antibióticos de amplio espectro, el embarazo y la diabetes son factores que favorecen la sobreinfección de *Candida*. (4, 11)

a. Epidemiología.

Es más común en área tropicales y quizá la más común de las enfermedades cutáneas de origen micológico. (20)

b. Clínica.

Las manifestaciones clínicas que se pueden dar son: dolor, flujo vaginal blanco y espeso, prurito genital. El prurito genital muchas veces intenso, provoca rascado intenso que agrava la lesión provocando ulceraciones, erosiones y fisuras. (3)

En la mujer se observa vaginitis, cuadro frecuentemente visto por el ginecólogo y consiste en leucorrea lechosa, amarillenta y prurito del área vulvar, las paredes vaginales se encuentran cubiertas por paredes de membranas grisáceas, asociadas con moderada inflamación, la vulva y el periné así como la parte superior de los muslos se encuentran afectados y el prurito conduce a escoriaciones y liquenificaciones.

En el hombre se observa la balanopostitis, relativamente común y es usualmente el resultado de la infección conyugal y venérea. La mucosa del glande se cubre con las típicas pústulas, de la *Candida* y la mucosa se erosiona. (3, 4, 24, 27,)

c. Diagnóstico

En la microscopía directa del flujo vaginal con la prueba de KOH se observan esporas e hifas.

El cultivo en medio de Sabouraud, preferible al medio de Nickerson menos específico, permite apreciar el número de colonias blancas e identificar el tipo de *Candida*. (3)

c. **Tratamiento.**

Primera elección:

Ketoconazol 200 a 400 mg. al día por vía oral durante 10 días.
A pacientes inmunocomprometidos 600 mgs. al día. (8)

Segunda elección:

Nistatina. La candidiasis vaginal responde a la aplicación tópica 2 ó 3 veces por día por 14 días. Tableta vaginal de 100,000 UI 1 ó 2 veces por día por 14 días o: (8)

1. Pomada o crema de Nystatina aplicada a la vulva dos veces al día, junto con:
2. Tableta vaginal de Nystatina (100,000 UI) aplicada profundamente en la vagina durante 14 noches, o una tableta de Imidazol colocada profundamente en la vagina por la noche, o Clotrimazol (500 mgs.), dosis única, o Miconazol (1,200 mgs.), dosis única, o Econazol Nitrato 150 mgs., tres noches
3. La pareja sexual del paciente también debe ser tratado al mismo tiempo con crema de Nystatina o Imidazol pra prevenir la reinfección. (13)

Clotrimazol. Vaginal 1 tableta una vez al día por 7 días o 5 gramos de crema una vez al día por 7 a 14 días. Pastillas de 10 mgs disueltas en la boca lentamente 5 veces al día durante 14 días. (8)

7. VULVITIS

a. **Bacterianas.**

La flora bacteriana, no patógena, que alberga la uretra masculina, es múltiple y variada: los estafilococos, estreptococos, anaerobios Gram positivos, son algunos de los agentes que la componen, estos no provocan síntomas.

En cambio, la flora de la región vaginal y genitales externos femeninos tiene características particulares pudiendo clasificarse en:

Flora permanente

- *Lactobacilus*
- *Corynebacterium*
- *Streptococos*
- *Estafilococos*
- *Enterococos*

Flora transitoria

- *Mycoplasmas*
- *Gardenella vaginalis*
- *Cándida albicans*

Flora Patógena

- *Neisseria gonorrhoeae*
- *Chlamydia trachomatis*
- *Trichomonas vaginalis* (3, 9, 24, 27)

Todas producen ETS³, la gravedad estará dada por el agente en cuestión, en qué momento de la vida se presenta y se considera además, el tipo de relaciones sexuales que practica la paciente.

Entre las más frecuentes se mencionan:

³ ETS: Enfermedad de transmisión sexual.

b. Gonococica. Está producida por la *Neisseria gonorrhoeae*, bacteria Gram negativa, que en forma de diplococo puede observarse en el extendido de la muestra, sobre un portaobjeto, y coloreando con la técnica de Gram o azul de metileno, etc.

Tiene la característica de ser intracelular, intracitoplasmática. Para su viabilidad debe ser transportada en un medio anaerobiótico, pues su labilidad es una de las características más relevantes, por eso se aconseja la siembra en el lugar de la toma de la muestra.

El medio de cultivo donde desarrolla es el Thayer Martin, que es selectivo para la especie. Las pruebas serológicas no son útiles. (3, 9, 11)

El período de incubación es de 2 a 7 días, comenzando en el hombre con enrojecimiento y eversión del meato uretral, a las pocas horas aparece una secreción de tipo mucosa, se transforma en purulenta, de color blanco amarillento, el ardor miccional es un predominio en el comienzo de la micción, la disuria puede ser moderada o intensa, en ocasiones hay hematuria, es frecuente que el enfermo refiera dolor en la erección.

Si el tratamiento no es adecuado la infección irá en ascenso por vía canalicular, provocando las complicaciones glandulares (Littre, Cooper, próstata, etc.), estrecheces y esterilidad, por el compromiso testicular. (3, 9, 19)

Por vía hemática pueden existir localizaciones a distancia, articulares, cardiológicas y otras.

En el sexo femenino, los síntomas puede estar ausentes o sólo manifestar un cambio en el flujo vaginal, de color amarillento, con olor característico y en algunos casos dispareunia.

Otras zonas afectadas (debido a la práctica sexual), son la región anorrectal, con sensación de tenesmo, y dolor que aumenta con la defecación, y la zona amigdalofaríngea sin otra característica que una odinofagia inespecífica. (3, 9, 24, 27)

El diagnóstico se efectúa con el aislamiento del agente causal. Según el hábito sexual la toma de muestras será: de la secreción endouretral,

endocervical, glándulas perianales, de pared posterior de la faringe y amígdala.

Es conveniente que la siembra del material en el medio de cultivo, se realice en el momento de la extracción, en caso de no ser posible se utiliza un medio de transporte tipo de Stuart.

La tinción de Gram da una especificidad en el hombre de casi el 90 %, en la mujer es sólo del 60 - 65 %, esto último se repite también en las secreciones anales o faríngeas. El cultivo en el medio selectivo da un crecimiento de la cepa bacteriana en aproximadamente 72 horas.

Es en estos medios donde se realizan las pruebas de resistencia a los antibióticos. (3, 9, 11)

b.1 Tratamiento:

Debe reunir ciertas características.

- Efectivo en un 100% de los casos.
- Monodosis
- Económico
- Ser administrado por el profesional. El enfermo no debería conocer el antibiótico, para evitar la automedicación.
- Inócuo

Primera elección:

1. Ceftriaxone 250 mgs., IM, dosis única mas Doxiciclina 500 mgs., PO, por 7 días o Tetraciclina 500 mgs., PO, por 7 días.
2. Ceftriaxone 500 mgs., IM, dosis única mas Azitromicina 1 gramo, PO, dosis única.
3. Cefixima 400 mgs., PO, dosis única mas Doxiciclina o Azitromicina.

Segunda elección:

1. Doxiciclina 500 mgs. PO, por 7 días, mas Espectomicina o Cefotaxima 500 mgs. PO dosis única o Cefixima 400 mgs., PO, dosis única.
2. Doxiciclina 500 mgs., PO, por 7 días mas Amoxicilina 3 gramos, PO mas 1 gramo de Probenecid.

No es conveniente dar otra tipo de B lactámico, como las Amoxicilina, Ampicilinas o Penicilina Sódica pues la resistencia bacteriana a estos es elevada. (2, 13, 20)

Los gonococos se han vuelto gradualmente más resistentes a la Penicilina, lo que ha hecho que exista algunas alternativas como los datos anteriores. (2, 13, 20)

c. Uretritis no gonocócica (UNG)

La más frecuente de ver es la producida por la *Chlamydia trachomatis*. Esta es una bacteria Gram negativa, con la particularidad de ser de localización intracitoplasmática obligatoria.

Las responsables de la infección son los tipos de la D a la K. La característica de su ubicación celular se tendrá en cuenta en la toma de muestra, por lo que no se tomará sólo la secreción, sino que se rasparán las paredes del lugar afectado tratando de obtener la mayor cantidad de células infectadas.

Los procedimientos de laboratorio para el aislamiento de la *Chlamydia* son:

- a) El cultivo en células de Mc Koy.
- b) Técnica por anticuerpos monoclonales.
- c) Técnica por ELISA.

Las complicaciones son similares a las de la gonococia pudiendo diseminarse a través de la vía hemática o por contigüidad, causando: esterilidad, EIP⁴, embarazo ectópico.

⁴ EIP: Enfermedad inflamatoria pélvica.

Una de las complicaciones más graves es la oftalmía neonatorum, con alta incidencia en los países en vía de desarrollo. La tasa de transmisión de la madre al neonato en el caso de la gonorrea es del 30 al 50%. Esta es más grave que la producida por la *Chlamydia*, por la secuela de ceguera que provoca en el recién nacido, pero las manifestaciones clínicas que producen cualquiera de los dos agentes no son lo suficientemente distintos, como para llegar a un diagnóstico etiológico partiendo únicamente de los parámetros clínicos.

Se recomienda en el RN colocar gotas oculares de:

- a) Nitrato de Plata al 1%.
- b) Ungüento ocular de Tetraciclina al 1%.
- c) Ungüento ocular de Eritromicina al 0.5%.

Las mejores evaluadas son las dos primeras, ante el incremento de las cepas resistentes.

Del género *Mycoplasma* los más importantes son el *hominis* y el *Ureaplasma urealyticum*, provocan signos y síntomas de ETS, como ardor, prurito, exudados genitales.

La falta de tratamiento provoca patologías como el aborto espontáneo, muerte fetal, EIP, uretroprostatitis.

El diagnóstico, se realiza en muestras de orina, donde el *Ureaplasma* tiene la característica de desdoblar la urea, esto se mide de acuerdo a las unidades transformadoras de color, que le dará el índice de patogenidad. No se debe prescribir al paciente antisépticos con azul de metileno, pues este inhibe el desarrollo en el proceso de laboratorio.

Es frecuente encontrar en la población *Mycoplasmas*, sin carácter patógeno.

c.1 Tratamiento.

Primera elección:

1. Doxiciclina 100 mg. cada 12 horas, PO, 7 días, o Azitromicina 1 gramo, PO, dosis única. (2, 13, 20)

Segunda elección:

1. Eritromicina 500 mgs., PO, 4 veces al día, u Ofloxacin 300 mgs., PO, cada 12 horas.

d. Vaginosis Bacteriana.

La alteración de la flora vaginal puede traducirse con una serie de síntomas como un cambio de flujo, en relación a la cantidad, color, olor. La vaginosis bacteriana es producida por: la *Gardnerella vaginalis*, o por anaerobios, *Mobiluncus* y *Mycoplasma*, éste es el denominado complejo GAMB, donde se produce una alteración y degeneración celular, con producción de sustancias como la cadaverina, putrescina, diaminas que dan al característicos "odor fish" (olor a pescado). Hay un aumento de pH, disminuyendo la capa protectora de la vagina y cervix, esto produce dispareunia, color grisáceo del flujo, vulvitis y balanopostitis en el hombre. (2, 3, 20)

d.1 Tratamiento.

- Metronidazol (derivados) 500 mg. cada 12 horas, oral por 7 días.
Puede completarse con una medicación local con óvulos. (2,13,20)

e. Tricomoniiasis.

Producida por la *Trichomona vaginalis*. Se discute que ésta sea una ETS, pues pueden padecerla pacientes que no hayan tenido contacto sexual.

El diagnóstico se realiza por la visualización en una gota en fresco, o con tinción Giemsa prolongado o por cultivo.

El flujo que produce es característico, de color verdoso, olor desagradable, con un aspecto espumoso, la sintomatología más frecuente es prurito vaginal, dispareunia, ardor en la zona, siempre en relación a la severidad del caso, los síntomas son más manifiestos luego de la menstruación, cuando el pH vaginal está disminuido.

En el hombre es poco frecuente que provoque una uretritis con secreción, en el caso que esto suceda el exudado es escaso, de color blanco amarillento con muy discreta disuria.

En la uretra masculina puede quedar acantonado sin manifestar síntomas. Las secreciones prostáticas impiden su desarrollo. La presencia de trichomonas impone el tratamiento a la pareja, sin considerar los síntomas que presenten.

e.1 Tratamiento.

En la mujer:

- Metronidazol 500 mgs oral cada 12 horas por 7 días.
Puede completarse con tratamiento local con óvulos.

En el hombre:

- Metronidazol 2 g. oral dosis única.

En caso de una infección asociada con Gonococos, primero tratar la infección por trichomonas con la dosis única, luego de una hora efectuar tratamiento para la gonococia. Este esquema se debe a que el parásito tiene la capacidad de fagocitar las bacterias del lugar.

La infección debe ser controlada con los exámenes de laboratorio porque los fracasos son frecuentes. Si esto se produce, la pareja masculina hará un tratamiento de 7 días.

Si este fracaso persiste, el esquema es:

- Metronidazol 2 g. al día por 5 días.

Se considera la susceptibilidad de la trichomona a los Imidazólicos, debido a que existen resistencias. Los Imidazólicos están contraindicados en el primer trimestre del embarazo, luego del mismo, la dosis es de 2 g. dosis única. (2, 3, 13, 20)

f. Micológicas.

El agente más frecuente en estos casos es la *Candida albicans*.

g. Virales.

Son de rara observación. El más frecuente es el Herpes virus.

h. Traumáticas.

Son las de mayor frecuencia, siguen a un episodio de UG o UNG, donde el paciente cree no estar curado, provocando una expresión uretral manual. Esto produce una irritación glandular apareciendo una secreción mucosa, a veces prurulenta que se manifiesta con cada maniobra y en forma espontánea.

h.1 Tratamiento.

No hay una terapéutica definida en estos casos, la buena relación con el paciente es la mejor medicina, explicando que esta secreción cederá en poco tiempo, sin antibióticos y evitando este tipo de maniobra. Pueden prescribirse antisépticos urinarios. (2, 13, 20)

8. LADILLAS, PHTHIRII, PEDICULI PUBIS.

La enfermedad se contrae principalmente por los adultos, como resultado de las relaciones sexuales y no raramente por las ropas y colchones de las camas, literas de los ferrocarriles, retretes y otras fuentes de infección.

El *Phthirus pubis*, o ladilla, suele limitar sus excursiones a la región genital y al hipogastrio, pero puede emigrar a las axilas, pestañas (pediculosis palpebrarum) y así mismo a cualquier parte de la persona donde haya pelo.

Las ladillas se encuentran sobre la piel y se presenta como motitas amarillentas o grises; como casi son de color de la piel, resultan difíciles de identificar, y por esta razón la afección puede existir durante largo tiempo sin ser reconocido. Las liendres están unidas a los pelos en las angulaciones de su eje.

Los síntomas varían desde una incomodidad ligera hasta un prurito intolerable.

Ocasionalmente se presentan máculas pizarrosas o de color azulado, asociadas con la pediculosis del pubis, que no pican o desaparecen bajo la presión dioscópica (presión digital). Estas máculas tiene un diámetro de cerca de 0.5 cms se localiza principalmente a los lados del tronco y en la cara interna de los muslos

y son mas visibles en los rubios. Tales manchas se denominan *macule caeruleae* y son causada por una secreción de las ladillas, que penetra en la piel cuando el parásito se alimenta. Persisten durante varios meses.

a. Tratamiento.

Primera elección:

1. Permethrin al 1% líquido aplicar por 10 minutos luego lavar.

Segunda elección:

1. Malation al 0.5 - 1%.
2. Lindane al 1%.
3. Crotamiton (loción Eurax - Geiay) se frota sobre el área afectada una vez al día durante dos semanas con objeto de acabar con los huevos que puedan irse incubando.
4. Gamma benceno de la misma manera anterior. (3, 4, 8)

9. BALANITIS

La Balanitis aguda consiste en inflamación del glande, caracterizada por eritema, edema y en los casos más intensos secreción abundante, humedad y vesiculación. Existen dolor, hiperestesia e incomodidad. Rara vez puede haber formación de ampollas.

La inflamación es usualmente causada por agua caliente, jabón y limpieza excesiva y se debe a una irritación primaria. La dermatitis de contacto alérgica eccematosa es secundaria a un proceso alérgico y se debe a algunos medicamentos, el caucho, la ropa, las cremas anticonceptivas, etc. *Candida albicans* es una de las causas de Balanitis y puede transmitirse por contacto sexual. Los gérmenes, incluso gonococos pueden ser elementos causales.

La Balanitis crónica circunscrita ha sido descrita como una entidad separada donde la inflamación del glande toma el aspecto de una placa de color rojo aterciopelada claramente delimitada en la membrana mucosa. La mucosa adyacente que no es afectada tiene el

aspecto enteramente normal. El trastorno es crónico y persistente y produce constante incomodidad.

Microscópicamente esta lesión se caracteriza por gran número de células plasmáticas como elementos componentes del infiltrado celular inflamatorio.

a. Diagnóstico diferencial.

a.1 Psoriasis.

a.2 Liquen plano.

a.3 Herpes Genital.

a.4 Sífilis.

a.5 Kraurosis vulvar.

a.6 Candidiasis.

a.7 Pediculosis pubis.

a.8 Balanitis xerórita obliterante.

b. Tratamiento.

La Balanitis aguda se trata de la manera mas satisfactoria evitando los irritantes y todos los contactos que signifiquen una posible sensibilización. Deben evitarse fricción de ropa burda y traumatismos.

La solución de Burow en forma de tabletas preparadas o en paquetes de Acetato de Aluminio; una tableta o un paquete para medio litro de agua tibia, se utiliza para aplicar compresas durante períodos de 15 minutos tres veces al día.

Los antibióticos por vía general o en forma tópica ya sea como loción o como crema deben ser empleados después de utilizar las compresas. (4, 8, 22)

10. PÁPULAS PERLADAS DEL PENE

También se conocen con los sinónimos de pápulas hirsutóides y Papilomatosis de la corona del pene.

Las Pápulas Perladas del Pene consisten en la formación de unas pápulas de color blanco, de 1 a 3 mm. de diámetro que aparecen en el borde coronal y en el surco del glande. Estas lesiones se ven principalmente en varones de raza negra hacia los 20 años de edad. Glicksman y Freeman encontraron en un estudio que la proporción afectada, es de uno por cada cinco personas que asistían a una clínica de higiene social.

La causa de estas pápulas es desconocida. Desde el punto de vista histológico sus características son semejantes a las de los apéndices cutáneos.

Debe hacerse el diagnóstico diferencial entre Papilomas, la Hipertrófia de las glándulas sebáceas y la Verruga acuminada del pene.

Estas lesiones no responden al tratamiento con Podofilina. La ausencia de síntomas predispone a prescindir de todo tratamiento. (4, 13, 22)

No se requiere tratamiento. Si el paciente está ansioso puede asegurarsele que son perfectamente inofensivas y no contagioso. (4, 13)

11. LIQUEN ESCLEROSO Y ATROFICO

Conocido también como Liquen Albus, Dermatitis liquenoide Atrófica Crónica Enfermedad de Csillag y Enfermedad de manchas blancas, el Liquen Escleroso y Atrófico (LEA), es un estado atrófico crónico de la piel, caracterizado por manchas blancas, tapones córneos, foliculares de color negro, semejantes a comedones y por halo eritematoso alrededor de las manchas blancas, en lugar de halo violáceo y se observa en el Liquen plano. Las pápulas están bien definidas: brillantes, induradas, aparecen íntimamente yuxtapuestas,

pero no se unen, de modo que se forman grupos estrechamente aglomerados de lesiones individuales.

El prurito suele ser un síntoma acentuado en especial en la región anogenital. Con el transcurso del tiempo se desarrolla hiperpigmentación considerable en la periferia de la mancha y las pápulas individuales se encogen, dejando una piel pálida, ligeramente arrugada, blanda y de un blanco apagado.

Esta enfermedad se localiza en espalda, pecho y anogenital en el pene causa una Balanitis Xerótica Obliterante. La lengua también puede afectarse. El LEA se ha relacionado con Carcinoma Espinoso. (4, 13, 22)

a. Tratamiento.

El paciente debe recibir instrucciones precisas de no rascarse ni frotarse esta lesión.

El LEA puede involucionar espontáneamente, sobre todo en muchachas jóvenes; algunas veces ellos se facilitan con la aplicación continuada de pomada de Vitamina A.

En los adultos el problema fundamental reside en el intenso prurito de las lesiones situadas en la región anogenital.

Se han obtenido excelentes resultados con los Corticoides en aplicación intralesional tales como la suspensión de Triamcinolona (Kenoloy o Kenacort en suspensión) inyectado en la piel con ayuda de un aparato llamado Dermojet o con jeringa. Los preparados tópicos con Corticoides aplicados de forma regular alivian el intenso prurito. Los Estrógenos por vía oral son asimismo de gran utilidad. (4, 13, 22)

12. CRAUROSIS VULVAR.

Puede comprobarse la existencia de Craurosis en la atrofia senil, Esclerodermia, Leucoplasia y Liquen Escleroso y Atrófico (LEA).

Se ignora la causa de esta enfermedad crónica.

El diagnóstico resulta sencillo teniendo en cuenta las localizaciones típicas de las placas color blanco óseo de aspecto característico y la formación de zonas de hundimiento.

a. Tratamiento. Puede involucionar espontáneamente, sobre todo en jóvenes; algunas veces ello se facilita con aplicación de pomada de Vitamina A.

Para el prurito en adultos Corticoides en aplicación intralesional tales como la suspensión de Triamcinolona. (4, 13, 22)

13. CONDILOMAS VIRALES BENIGNOS (PAPILOMAVIRUS)

Conocidos desde los tiempos grecorromanos, los Condilomas vulvares o vegetaciones venéreas producen clínicamente lesiones papilomatosas, a veces netamente acuminadas, a veces más planas. Su etiología venérea, que se sospechó por mucho tiempo, no se ha reconocido sino sólo desde 1,954. Sin embargo, este método de contaminación no es exclusivo, pues se describen regularmente casos de criaturas fuera de todo abuso sexual. En lo que se refiere al origen viral de la enfermedad, se confirmó sólo 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. (3, 4, 9, 22, 23, 27)

En el plano histológico, estos virus provocan modificaciones que asocian una hiperplasia epitelial más o menos intensa, papilomatosis y alteraciones de los queratinocitos superficiales que presentan un aspecto claro, vacuolado, y se describen con el nombre de coilocitos.

Desde hace dos décadas, la frecuencia de los Condilomas genitales aumenta sin cesar, y algunos autores los colocan en el tercer lugar entre las enfermedades transmisibles sexualmente. El estudio de Chuang muestra el paralelismo desde hace aproximadamente 30 años entre la curva de frecuencia de Condilomas y la curva de frecuencia de gonococia. La frecuencia de casos declarados de Condilomas fué en

1982 de 53 por 100,000 habitantes en Gran Bretaña, y de 106 por 100,000 habitantes en Estados Unidos. (3, 4, 9, 23)

La duración de incubación, que ha podido estimarse en las compañeras estadounidenses de soldados que regresaron de la guerra de Corea, es tres semanas a ocho meses, con un promedio de tres meses. Sin embargo, las demoras de la incubación no siempre son tan netas; algunas mujeres pueden mostrar sólo muy tardíamente lesiones clínicamente manifiestas años después del supuesto contagio.

Los Condilomas genitales se observan en todas las edades, en la criatura como en la mujer de edad avanzada. Sin embargo, el máximo de frecuencia se sitúa entre 17 y 33 años, y el promedio es de 22 años.

En la literatura, se han señalado menos de 100 casos en criaturas de ambos sexos de dos días a 13 años de edad. De hecho, estos casos infantiles publicados probablemente no reflejen la realidad, pues varios especialistas observan casos esporádicos que no siempre declaran. Así, para Stumpf las vegetaciones venéreas representarían aproximadamente 1% de los motivos de consulta en ginecología pediátrica. (3, 4, 9, 22, 23, 27)

Para estos casos infantiles se han supuesto diversos modos de contaminación: bien sea durante el parto cuando la madre a término tiene Condilomas genitales, sea por vía transplacentaria (?) en casos de Condilomas neonatales. En la niña, en la cual el diagnóstico es más delicado, la contaminación puede ser indirecta por los dedos de la madre o quien la sustituya. Sin embargo, hay que buscar la contaminación venérea, hipótesis a veces confirmada por el descubrimiento de otra enfermedad de transmisión sexual asociada, por *Gonococos* y *Clamidas* en particular. Finalmente, la autocontaminación a partir de Verrugas cutáneas pequeñas, negada durante un tiempo, ha sido comprobada virológicamente en algunos casos de Condilomatosis vulvar cuando el aspecto clínico recordaba el de las Verrugas cutáneas: la presencia de Papilomavirus HPV1, agente patógeno de Verrugas plantares, y de HPV2, causa de las Verrugas vulgares, ha podido ser demostrada netamente. Este tipo de contaminación puede intervenir a veces en la mujer de edad avanzada

sin antecedentes de Condilomas, quien ha terminado su vida sexual desde mucho tiempo antes.

Los virus causantes de Condilomas venéreos son dos tipos de papilomavirus (HPV): HPV6 y HPV11. Ambos tienen un tropismo casi exclusivo por la esfera genital y anal. HPV6 es más frecuentemente causa de lesiones vulvares en las infecciones cervicales de tipo de Condilomas planos.

Estos virus ADN se multiplican exclusivamente en las células epiteliales superficiales, sobre todo en las de la capa granulosa del epitelio ortoqueratótico de la piel o de la semimucosa. Estos virus, no cultivables, son difíciles de descubrir con microscopio electrónico, por su poca concentración en los Condilomas venéreos. Las partículas virales de simetría cúbica, de 55 nm de diámetro, se localizan en el núcleo, donde se replican. Un método inmunocitoquímico recientemente creado, inmunoperoxidasa (PAP), permite identificar los antígenos HPV en cortes fijados. Sin embargo, sólo son positivos en 50% de los casos, y no permiten tipificar el HPV causal. Sólo las técnicas más complicadas de hibridación molecular permiten establecer el tipo de ADN del virus, aun cuando éste haya perdido su cubierta proteínica, como ocurre en los cánceres.

Este avance de virología muestra que HPV6 y HPV11 son siempre los causantes de condilomas benignos, en tanto que HPV16 y HPV18 se descubren en lesiones displásicas. Sin embargo, en algunos sujetos particularmente receptivos para HPV albergan a veces en sus Condilomas diversos tipos de virus, uno oncógeno, el otro benigno. Recuérdese que, empleando este método de hibridación molecular, en la niña se han demostrado dos agentes patógenos de Verrugas plantares (HPV1) y de Verrugas vulgares (HPV2). (3, 4, 9, 22, 23, 27)

a. Histología

Los frotis cervicovaginales son muy confiables para descubrir Condilomas cervicovaginales, pues casi siempre muestran coilocitos, células vacuoladas, claras, de núcleo central más o menos picnótico, a veces doble, rodeado de una gran masa incolora, que rechaza hasta la

periferia el citoplasma condensado; sin embargo, tiene poco valor en caso de Condilomas vulvares.

A la inversa, la biopsia suele ser característica, y muestra una notable unidad histológicamente, la lesión se traduce en una hiperplasia epitelial con acantosis y Papilomatosis; esta última a veces falta en los Condilomas planos. La especificidad se basa en la presencia, en capas superficiales del epitelio, de grandes células redondas, claras, de núcleo central, muchas veces picnótico, que corresponden a los queratinocitos infectados por el virus. Estas células virales claras pueden ser poco numerosas y a veces difíciles de distinguir de las células epiteliales claras de la enfermedad de Bowen, sobre todo por cuanto los Condilomas más típicos pueden mostrar en las capas inferiores una displasia menor, sin valor anormal, que sólo traduce un sufrimiento celular (Condiloma displásico). (3, 4, 19, 22)

b. Clínica

Los síntomas demostrativos, frecuentemente discretos, sólo se observan en 30% de los casos. Las lesiones pueden anunciarse por un ligero prurito. Cuando aumenta de intensidad corresponde a una infección sobreañadida por *Candida* que debe tratarse para evitar, de una parte, la persistencia de lesiones, de otra, fenómenos de intolerancia para el tratamiento irritante local. A veces se mencionan pequeñas hemorragias espontáneas o desencadenadas por el coito en caso de localizaciones uretrales y vestibulares. Finalmente, la topografía y el volumen de los Condilomas pueden ser causa de dispareunia.

Por observación, los Condilomas virales 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 queratóticas 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, no queratóticos, 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 eritoplásico 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.

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 colposcópico. Sin embargo, ante la menor duda se impone efectuar la 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 situado en la vertiente cutánea de la vulva.

En la niña y en la mujer de edad avanzada no es raro observar lesiones de mucosas genitales papulosas rosáceas o grisáceas, 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, que rezuman y tienen mal olor por la infección sobreañadida casi constante. Estos Condilomas exuberantes pueden confundirse con un Carcinoma verrugoso, tumor de potencial maligno esencialmente local, o con un Condiloma gigante de Buschke - Loewenstein. Esta afección, muy rara en la mujer, histológicamente pseudoepiteliomatosa,

puede invadir tejidos vecinos, pero sólo por continuidad. A veces se comprueba que es una infección por papilomavirus de tipo HPV6.

Cuando se trate de Condilomas vulvoperineales típicos o atípicos por su aspecto clínico, conviene buscar otras enfermedades de transmisión sexual, así como una Candidiasis concomitante, y establecer cuál es su extensión: examen clínico de vagina y cuello, anoscopia en caso de Condilomas perineales, quizá colposcopia. (3, 4, 9, 22, 23, 27)

c. Condilomas y displasias graves vulvoperineales.

La relación entre lesiones vulvares virales benignas y displásicas vulvares y perineales más o menos graves es relativamente frecuente, a tal punto que algunos autores hablan de un potencial evolutivo maligno de las "crestas de gallo". De hecho, datos virológicos recientes han demostrado que los Condilomas causados por HPV6 y HPV11 casi siempre permanecen estrictamente benignos, en tanto que las lesiones displásicas dependen de HPV de tipos diferentes, con potencial oncógeno.

Clínicamente, suele tratarse de mujeres jóvenes, quizá muy jóvenes, con antecedentes recientes de Condilomas venéreos, o presencia de Condilomas acuminados pequeños acompañados de lesiones vulvares, perineales, o ambas, mucho más polimorfas: pápulas planas pigmentadas o rosadas, placas condilomatosas leucoplásicas, lesiones verrugosas, pequeñas zonas leucoplásicas planas.

Son precisamente estas lesiones clínicas atípicas que pierden el carácter acuminado las que deben someterse a biopsia, porque casi siempre son displásicas. La displasia es de grado variable según los casos, e incluso de una a otra localización de un mismo enfermo (VIN 1, ó 2, o quizá 3). Su evolución con el tiempo es caprichosa y se han señalado muchas veces lesiones espontáneas. (3, 4, 9, 22, 23, 27)

d. Condiloma gigante de Buschke y Loewenstein.

En 1,925, Buschke y Loewenstein describieron en el pene una forma gigante de Condilomas con potencial maligno puramente local. Desde entonces, se han señalado localizaciones perianales y vulvares, pero esta afección sigue siendo rara en la mujer. Esta Condilomatosis pseudoepiteliomatosa plantea problemas nosológicos, porque el aspecto clínico es impresionante y la imagen histológica recuerda la del Carcinoma verrugoso.

Para algunos autores, el tumor de Buschke - Loewenstein es benigno; otros consideran que se trata de un proceso potencialmente maligno local que representa una etapa intermedia entre el Condiloma acuminado pequeño y el Carcinoma epidermoide.

Entre los pocos casos femeninos publicados en la literatura, tres observaciones recientes, bien comprobadas, tanto anatomoclínicamente como desde el punto de vista virológico, señalan la ausencia de signos histológicos de malignidad (la membrana basal está desplazada, pero se conserva intacta), así como ausencia de metástasis viscerales. El virus causal suele ser un HPV6, pero recientemente en algunas lesiones se ha descubierto HPV11. (3, 4, 9, 22)

e. Conducta a seguir ante condilomas virales.

Las dificultades terapéuticas son imprevisibles, por las grandes variaciones que se observan entre uno y otro caso. Antes de entrar en detalles sobre los diversos tratamientos actuales, conviene señalar la necesidad de buscar la posible existencia de una enfermedad de transmisión sexual, y observar cuidadosamente a los compañeros sexuales, únicos o múltiples. Según el estudio de Chuang, se observa que en 18% de los casos hay una Candidiasis genital asociada; en 8% una Tricomoniasis; en 3% una infección por *Gardnerella vaginalis*; en 2% un Herpes, y en menos de 1% Gonococia o Sífilis.

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 porque constituyen un tipo de Papilomas minúsculos grisáceos o rosados de superficie más bien plana. El uso de un colposcopio permite a veces un descubrimiento más fácil o, a falta de él, podría emplearse el blanqueo con Acido Acético a 3 - 5%. (3, 4, 9, 22)

f. Tratamiento.

El tratamiento de los Condilomas es esencialmente local. En ausencia de todo tratamiento anti - HPV, el único objetivo es destruir todas la células que contienen el virus. Los métodos químicos se basan en utilizar antimetabólicos. La Resina de Podofilina y el 5 - fluoro - uracilo (5 - Fu) suelen ser eficaces en lesiones vulvares mucosas, pero están netamente contraindicados en la mujer embarazada. (3)

Los métodos físicos incluyen crioterapia con Nitrógeno líquido, electrocoagulación y vaporización láser de CO₂. Ninguno de estos tratamientos destructores pone a cubierto de recidiva; por tanto, es necesario vigilar particularmente a las pacientes durante los seis meses siguientes. (4)

La inmunoterapia y los moduladores de la inmunidad, como el Interferón, se aconsejan en casos rebeldes. Recientemente se han señalado resultados excelentes con Interferón, pero en series de números demasiado bajos de pacientes para poder sacar conclusiones definitivas. (11)

Solamente después de establecer exactamente la extensión locoregional muy cuidadosa, podrán emplearse modificaciones terapéuticas, que dependen precisamente de la localización de las lesiones.

Tratamiento de los condilomas genitales y perineales

Resina de Podofilino. En caso de Condilomas estrictamente externos, el mejor tratamiento de primera intención es el Podofilino; se utiliza generalmente diluido al tercio en Aceite de Parafina. La aplicación, que lleva a cabo el propio médico, ha de desbordar en algunos milímetros las lesiones clínicamente visibles, lo cual permite tratar lesiones infraclínicas periféricas. 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 al Podofilino. 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, 4, 22)

El Podofilino 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 efectos neurotóxicos.

Los efectos citotóxicos histológicos del Podofilino son bien conocidos. Este "tóxico de la mitosis" provoca imágenes histológicas vecinas de las observadas en Carcinomas epidermoides in situ: mitosis abundantes, cuerpos redondos, grandes células claras con cromatina granulosa, imágenes que pueden persistir más de seis semanas después de la aplicación. Una biopsia efectuada durante este tiempo resulta, pues, una fuente de errores inútiles y no debe llevarse a cabo. Pero estos efectos citotóxicos han permitido atribuir al Podofilino la génesis de algunos cánceres vulvares in situ. Sin ser precisamente el agente oncógeno causante, el Podofilino podría quizá actuar como cocarcinógeno. En la práctica, los accidentes más frecuentes causados por Podofilino son vulvitis, más cáusticas que alérgicas, que se presentan sobre todo cuando coexiste una vulvovaginitis infecciosa. (9, 22)

Esta Vulvitis edematosa, erosiva, muy dolorosa, obliga a interrumpir el tratamiento y limitarse a cuidados locales (baños antisépticos, quizá aplicación cutánea de Glucocorticoides) acompañados de Antiálgicos.

5 - Fluorouracilo (Efudix).

El 5 - Fu es un análogo de pirimidina que interfiere en el metabolismo del ácido timidínico e impide la síntesis del DNA. Este antimitótico se emplea localmente, tanto para tratar Condilomas como los bowenoides papulosos, incluso Carcinomas in situ.

Puede obtenerse en el comercio en forma de pomada al 5% con la ventaja de que la propia enferma pueda aplicársela. Como en el caso del Podofilino, el 5 -Fu permite tratar lesiones infraclínicas periféricas. Al principio se aconseja el tratamiento una vez al día; una aplicación por la noche seguida de lavado a la mañana siguiente.

La duración de las aplicaciones es de 2 a 6 semanas, sin embargo el tratamiento quizá deba interrumpirse si se presentan reacciones intensas de intolerancia local.

La crioterapia con Nitrógeno líquido (criocirugía, técnica poco utilizada en Francia) da resultados muy positivos para tratar Condilomas perianales y perineos.

El ácido Tricloracético al 50% se ha aconsejado para tratar Condilomas perianales. Este tratamiento debe aplicarlo el médico, quien tendrá preparada una solución bicarbonatada neutralizante.

Los medios físico como la electrocoagulación y el láser de CO₂, suelen utilizarse en el caso de fracasar los anteriores. La electrocoagulación clásica utilizada mediante el asa de diatermia tiende a ser substituida poco a poco por la vaporización del láser de CO₂. El láser de CO₂ 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 en una o varias sesiones. Cuando son profusas es indispensable la anestesia general. Después de las intervenciones son necesarios, durante 15 a 20 días, tratamientos locales antisépticos dos veces al día. (2, 9, 22)

Tratamiento de los condilomas vagino - cervicales e intra - anales.

Para estas localizaciones internas, es preferible recurrir a medios físicos, electrocoagulación de láser de CO₂. Sin embargo, algunos autores utilizan a veces el Podofilino o el 5 - Fu para localizaciones cervico - vaginales. Este último puede aplicarse 5 noches seguidas, protegiendo la vulva y la uretra con una pasta de Oxido de Zinc para evitar las inflamaciones locales. Sin embargo, puede producirse efectos secundarios del tipo Vulvitis erosiva. (3, 4, 9, 13, 22)

VI. METODOLOGIA

1. TIPO DE ESTUDIO.

Estudio retrospectivo descriptivo, correspondiente a 5 años, en los cuales se revisaron historias clínicas de pacientes que consultaron por lesión cutánea en genitales externos.

2. AREA DE ESTUDIO

Departamentos de archivo, estadística, dermatología y gineco-obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

3. SELECCIÓN DE OBJETO O MATERIAL DE ESTUDIO.

Historias clínicas de pacientes de consulta externa de Dermatología y Ginecología, del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala desde enero de 1,991 a diciembre de 1,995.

4. TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se tomaron en cuenta 245 pacientes con lesiones cutáneas en genitales externos de un total de 1,920 pacientes evaluados en la consulta externa, dentro del período de enero 1,991 a diciembre 1,995.

5. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

5.1 INCLUSION.

Pacientes que asistieron a consulta externa de Dermatología y Ginecología, con dermatosis en genitales externos, en edad reproductiva de enero 1,991 a diciembre 1995.

5.2 EXCLUSION.

5.2.1 Pacientes con enfermedad cutánea en genitales externos menores de 14 años.

5.2.2 Registros clínicos con información incompleta.

5.2.3 Registros clínicos de pacientes que no corresponda a primera consulta por la misma enfermedad.

6. RECURSOS

6.1 Materiales:

- 6.1.1 Biblioteca Hospital Roosevelt
- 6.1.2 Biblioteca Hospital San Juan de Dios
- 6.1.3 Biblioteca Facultad de Medicina de USAC
- 6.1.4 Instituto de Dermatología
- 6.1.5 Biblioteca de INCAP
- 6.1.6 Biblioteca de APROFAM
- 6.1.7 Bibliografía proporcionada por Dermatólogos.
- 6.1.8 Departamento de estadística del Hospital Pedro de Bethancourt.
- 6.1.9 Computadora
- 6.1.10 Expedientes clínicos de pacientes.
- 6.1.11 Boleta de recolección de datos.

6.2 Humanos:

- 6.2.1 Personal de archivo y estadística de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala.

7. EJECUCION DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación se realizó en el Departamento de Dermatología y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, recopilando información del período de enero de 1,991 a diciembre de 1,995. Se estudió a 245 pacientes con diagnóstico dermatosis en genitales externos. Se estableció las dermatosis más frecuentes y sus principales características epidemiológicas.

8. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Luego de los trámites de aprobación del protocolo de tesis, por parte de asesor, revisor, departamento de obstetricia del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala y unidad de tesis de USAC; se procedió a la revisión de hojas de registro diario del departamento de Dermatología y Gineco - obstetricia, donde se obtuvo el número de historias clínicas; que se solicitó al departamento de registros médicos.

Por medio de las boletas de recolección de datos (ver anexo), se recopiló toda la información la cual fué tabulada porcentualmente en cuadros estadísticos, para su respectivo análisis.

9. VARIABLES.

VARIABLE.	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Enfermedad cutánea en genitales externos	Proceso patológico que transforma la fisiología normal de la piel.	Lesiones dermatológicas encontradas en genitales externos.	Nominal	Diagnóstico
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Lo referido en historia clínica	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo que una persona ha vivido a contar desde que nació.	Cantidad de años cumplidos de los pacientes registrados en la fecha de la primera consulta.	Ordinal	Años
Ocupación	Trabajo que indica emplear el tiempo en alguna actividad.	Los referido en historia clínica.	Nominal	Domésticos, ama de casa, estudiante, operario, profesional, trabajadora del sexo, otros.
Estado civil	Condición de persona en relación con derechos y obligaciones civiles.	Lo referido en historia clínica.	Nominal	Soltero, casado, unido, viudo, divorciado.
Grupo étnico	División taxonómica de la especie que se distingue por un conjunto de caracteres genéticos transmitidos por herencia.	Lo referido en historia clínica	Nominal	Indígena, ladina, otros
Lugar de origen	Patria, país donde un individuo ha nacido, o de donde una familia proviene.	Lo referido en historia clínica.	Nominal	Departamento, municipio, otros.

VARIABLE.	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Tiempo de evolución	Proceso de desarrollo en el cual un órgano o un organismo se torna más complejo por virtud de diferenciación de las partes que lo comprende.	Lo referido en la historia clínica.	Ordinal	1 - 30 días 1 - 12 meses más de 1 año.
Método diagnóstico	Examen de materiales derivados del cuerpo humano, con la finalidad de obtener información sobre diagnóstico.	Lo referido en la historia clínica.	Nominal	Ordenes de laboratorio.
Embarazo	Estado de tener un embrión o un feto en desarrollo en el cuerpo, después de la unión de un óvulo y un espermatozoide.	Lo referido en la historia clínica.	Nominal	Si embarazo No embarazo
Antecedentes médicos	Es la sucesión de eventos patológicos que se han ocurrido antes de la fecha en que el paciente consulta al clínico.	Lo referido en la historia clínica.	Nominal	Diagnóstico.
Tratamiento	Asistencia y cuidados de un paciente con la finalidad de combatir las enfermedades o los trastornos.	Lo referido en la historia clínica.	Nominal	Tratamiento dado.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro No. 1

DERMATOSIS MAS FRECUENTES
EN GENITALES EXTERNOS EN PACIENTES ATENDIDOS
EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA
DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA
DURANTE EL PERIODO DE ENERO 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

DERMATOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Papilomatosis	63	28.00
Condilomatosis	61	27.11
Pápulas perladas del pene	22	9.78
Candidiasis	18	8.00
Linfogranuloma	13	5.78
Craurosis	11	4.89
Sífilis	10	4.45
Balanitis	10	4.45
Herpes Genital	8	3.56
Vulvitis	8	3.56
Liquen Escleroso	6	2.45
Ladillas	6	2.45
Chancro blando	5	2.04
Gonorrea	3	1.22
Carcinoma epidermoide	1	0.40
Total	245	100.00

Fuente. Boleta de recolección de Datos.

Cuadro No. 2

GRUPO ETAREO MAS FRECUENTE DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

MORBILIDAD	EDAD						n	%
	13 - 23	24 - 33	34 - 43	44 - 53	54 - 63	65 o +		
Papilomatosis	35	19	7	1	0	1	63	25.70
Condiloma	42	15	2	2	0	0	61	24.90
Pápulas perladas del pene	16	4	0	1	1	0	22	8.98
Candidiasis	8	8	2	0	0	0	18	7.34
Linfogranuloma	9	3	1	0	0	0	13	5.30
Craurosis	0	0	2	6	1	2	11	4.48
Balanitis	9	1	0	0	0	0	10	4.10
Sifilis	6	2	2	0	0	0	10	4.10
Vulvitis	7	0	1	0	0	0	8	3.27
Herpes Genital	2	5	1	0	0	0	8	3.27
Liquen Escleroso	6	0	0	0	0	0	6	2.45
Ladillas	4	2	0	0	0	0	6	2.45
Chancro Blando	1	3	1	0	0	0	5	2.04
Gonorrea	2	1	0	0	0	0	3	1.22
Carcinoma epidermoide	0	1	0	0	0	0	1	0.40
Total	147	64	19	10	2	3	245	100.00
%	60.00	26.12	7.75	4.10	0.82	1.21	100.00	

Fuente. Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 3

DISTRIBUCION POR SEXO DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

SEXO	n	%
Femenino	109	44.49
Masculino	136	55.51
Total	245	100.00

Fuente. Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 4

ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

ESTADO CIVIL	n	%
Divorciado	31	12.65
Soltero	144	58.78
Casado	66	26.94
Unido	3	1.22
Viudo	1	0.41
Total	245	100.00

Fuente. Boleta de recolección de datos.

Cuadro 5

GRUPO ETNICO DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

GRUPO ETNICO	n	%
Indigena	162	66.12
Ladina	83	33.88
Otros	0	0.00
Total	245	100.00

Fuente. Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 6

PROFESION U OFICIO DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE 1,995

OCUPACION	n	%
Oficios domésticos	22	8.99
Profesionales	16	6.53
Estudiantes	55	22.45
Agricultores	31	12.65
Comerciantes	25	10.20
Ama de casa	24	9.80
Operarios	71	28.98
Otros	1	0.40
Total	245	100.00

Fuente. Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 7

TIEMPO DE EVOLUCION DE LESIONES EN PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

TIEMPO DE EVOLUCION	n	%
1 a 30 días	40	16.33
1 a 12 meses	131	53.47
más 1 año	74	30.20
Total	245	100.00

Fuente. Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 8

LUGAR DE ORIGEN DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

ORIGEN	n	%
Sacatepequez	154	62.86
Chimaltenango	56	22.86
Guatemala	16	6.53
Quiché	8	3.27
Escuintla	6	2.45
Quezaltenango	2	0.82
Baja Verapaz	1	0.40
Coatepeque	1	0.40
Izabal	1	0.40
Total	245	100.00

Fuente. Boleta de recolección de datos.

Cuadro No. 9

LESIONES ASOCIADAS DE PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

LESION	n	%
Leucodermia solar	3	1.22
Monilia vaginal	2	0.82
Hiperqueratosis	1	0.41
Ninguna	239	97.55
Total	245	100.00

Fuente. Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 10

EMBARAZO ASOCIADO EN PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

EMBARAZO	n	%
Si	15	6.12
No	230	93.88
Total	245	100.00

Fuente. Boletas de recolección de datos.

Cuadro No. 11

NUMERO DE LABORATORIOS USADOS EN PACIENTES CON DERMATOSIS EN GENITALES EXTERNOS ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DE DERMATOLOGIA Y GINECOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT DE ANTIGUA GUATEMALA, DURANTE EL PERIODO DE ENERO DE 1,991 A DICIEMBRE DE 1,995

LABORATORIOS	n	%
Si **	6	2.45
No	239	97.55
Total	245	100.00

Fuente. Boletas de recolección de datos.

** Laboratorio utilizado V.D.R.L.

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este estudio observacional descriptivo, algunas de las características encontradas son reflejo probablemente de la población que asiste al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, tal es el caso de la étnia, procedencia y ocupación se considera que para controlar estas variables se necesitaría estudios con otro tipo de diseño.

Se estableció que las dermatosis más frecuentes en genitales externos, fueron Papilomatosis y Condilomatosis con 63 y 61 pacientes (28 y 27.11 %). La referencia bibliográfica consultada para la realización de la presente investigación, refiere que desde hace dos décadas la frecuencia de los Condilomas genitales aumenta sin cesar, y algunos autores los colocan en el tercer lugar entre las enfermedades transmisibles sexualmente. (3, 4, 9, 22,23,27).

El grupo etáreo más frecuentemente afectado es el de 13 a 23 años con 147 pacientes (60%), seguidamente el de 24 a 33 años con 64 pacientes (26.66%), esto se debe a que a esta edad se encuentra la población de mayor actividad sexual. Otra razón podría ser que la adolescencia es la etapa en la cual se deja de ser niño sin ser adulto aún, y tiene que adaptarse a una serie de cambios físicos, emocionales, mentales y sexuales; sin tener una buena base de lo que acontece, de ahí que puede encontrarse envuelto en problemas como las Enfermedades de Transmisión Sexual.

El sexo más afectado es el masculino con 136 pacientes (55.51%), esto debido a que por aspectos culturales de nuestro país el hombre convive con múltiples parejas sexuales. El sexo femenino en algunas Enfermedades de Transmisión Sexual puede ser portador sano o presentar lesiones mínimas inadvertidas. (22, 25)

Los solteros, 144 pacientes (58.78%), son los más afectados debido probablemente a la promiscuidad, lo cual concuerda con la literatura existente. (25)

El grupo étnico más afectado fué el indígena con 162 pacientes (66.12%).

Respecto al tiempo de evolución de las dermatosis en genitales externos, la de mayor frecuencia es de 1 a 12 meses con 131 casos (53.47%), seguido de más de 1 año con 74 casos (30.20%). Es importante mencionar que muchos patógenos de transmisión sexual causan poca o ninguna sintomatología en forma inmediata pero pueden provocar daños a largo plazo.

Las lesiones asociadas a las dermatosis en genitales externos, fueron: Monilia vaginal (Candidiasis) 2 casos, Leucodermia solar 3 casos, Hiperqueratosis 1 caso. La literatura sugiere que cuando se trate de Condilomas conviene buscar otras E.T.S., así como una Candidiasis concomitante. (3,22, 23,27)

Se identificó a 15 pacientes con embarazo asociado, la literatura refiere que el embarazo es uno de los factores favorecedores de la Candidiasis. (4,11)

Se realizaron sólo 6 laboratorios (V.D.R.L.) de un total de 245 pacientes que corresponde al 2.45%. Debido a que las lesiones dermatológicas se basan por la clínica del paciente.

IX. CONCLUSIONES

1. Del total de 245 paciente, que consultaron por dermatosis en genitales externos atendidos en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, se determinó que las más frecuentes son papilomatosis y condilomatosis.
2. Los resultados mostraron que el grupo mayormente afectado es:
 - a. Edad 13 a 23 años.
 - b. Sexo masculino.
 - c. Estado civil solteros.
 - d. Etnia indígena.
 - e. Tipo de ocupación operarios.
 - f. Origen Sacatepéquez.
3. El tiempo de evolución de las dermatosis más frecuente es de 1 a 12 meses, ya que muchos de estos patógenos causan poca o ninguna sintomatología en forma inmediata.
4. Las lesiones asociadas a las dermatosis en genitales externos fueron: Candidiasis, Leucodermia solar e Hiperqueratosis.
5. Se encontraron 15 pacientes con dermatosis en genitales asociado al embarazo.
6. Unicamente se realizaron 6 laboratorios de los 245 casos en total, la mayoría de ellos V.D.R.L.
7. Mientras se subestime la importancia de la entrevista para llegar a los contactos, y se descuide la necesidad de educar al paciente, no se detendrá el avance progresivo de las E.T.S.

X. RECOMENDACIONES

1. Educar a la población acerca de los factores de riesgo para la adquisición de estas enfermedades, con el fin de evitar en lo posible la diseminación de la misma; evitándose la aparición de pseudoinformación que sólo alarme y desoriente a la población.
2. Que la Universidad de San Carlos de Guatemala en conjunto con el Ministerio de Salud, realice programas de prevención, vigilancia, y orientación creativos, con el fin de mejorar la información a través de los medios de educación.
3. Que el Ministerio de Educación agregue al pensum de estudios, programas de educación sexual en los distintos niveles educativos los cuales sean evaluables y con carácter obligatorio.

XI. RESUMEN

Se efectuó un estudio retrospectivo descriptivo con registros clínicos de pacientes atendidos en los Departamentos de Dermatología y Ginecología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de Antigua Guatemala, durante el período de enero de 1,990 a diciembre de 1,995, para la descripción de las dermatosis más frecuentes en genitales externos y sus principales características epidemiológicas.

Los principales hallazgos encontrados son: Papilomatosis con 63 pacientes (25.7%), y Condilomatosis con 61 pacientes (27.11%).

Del total de pacientes estudiados las características epidemiológicas más frecuentes son: grupo etáreo 13 a 23 años con 147 pacientes (60%), sexo masculino 136 pacientes (55.51 %), estado civil solteros 144 pacientes (58.78%). Dentro del estudio también se pudo establecer tiempo de evolución de las dermatosis 1 a 12 meses 131 casos (53.47%), lesiones asociadas: Leucodermia solar 3 casos, Candidiasis 2 casos, Hiperqueratosis 1 caso, embarazo asociado 15 pacientes, número de órdenes de laboratorios 6 (2.45%).

Se recomienda que la Universidad de San Carlos de Guatemala en conjunto con el Ministerio de Salud, realice programas de prevención con el fin de mejorar el conocimiento sobre estas patologías.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Calderón Maldonado, Carlos Humberto. Vulvectomía radical. Tesis. Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, Guatemala, Agosto, 1995. pp. 3
2. Casco, Ricardo. Secreciones genitales. Rev. Actualizaciones terapéuticas Dermatológicas. Vol. 18 No. 2 Marzo Abril 1995. pp. 141 - 46.
3. Di Paola, Guillermo Rogelio y Luis María Baliña. Patologías de la Vulva. Enfermedad de la Vulva Enfoque Dermatológico. Buenos Aires 1970. pp. 28 - 82.
4. Domonkos Anthony N. M. D., F.A.C.P. Andrews Tratado de Dermatología. Segunda edición. España, Salvat Editores S.A. Barcelona España, 1975.
5. Edlund, B. J. y G. W. Poteet. Herpes: Un dilema para el paciente y el médico. Source Health Care - For Women International 1987; 8 (1) pp. 43 - 53
6. Frieboes, W. Atlas de Dermatología y de las Enfermedades de los Organos Sexuales. Sexta edición. Editor Francisco Seix, Barcelona 1951 Tomo 3
7. Gramajo Reyes, R.A. Determinación de las Enfermedades Cutáneas en Genitales Externos, Tesis Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos, Guatemala, septiembre, 1993, pp. 1
8. Goodman y Gilman. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. Séptima edición, editorial Panamericana, S.A. Buenos Aires Argentina 1,990.
9. Hewitt, Jean et. al. Enfermedades de la Vulva. Primera edición. Editorial Mac - Graw Hill, Interamericana. España. 1989.

10. Hun, Laya y Luis G. Fuentes. Rev. Costa Rica, Cienc Med; Diagnóstico de laboratorio de virus Herpes Simplex en Costa Rica 8 (3): 143 - 8, Sep. 1987.
11. Jawetz, Ernest y col. Microbiología médica, décima tercera edición, editorial El Manual Moderno, México, 1990.
12. Journal of the American Academy of Dermatology. Enfermedad de transmisión sexual. Volumen 8. No. 5 Mayo 1,983. pp. 589 - 603.
13. Leppard Barbara y Richard Ashton. Tratamiento Dermatología, 1994. Radcliffe Medical Press Ltd. en Oxford Inglaterra.
14. Lorenzana García, Jorge Daniel. CAPS sobre el HIV. Tesis Universidad de San Carlos, Guatemala, noviembre, 1995. pp. 3.
15. Oberle, Marck W. et. al. Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres de Costa Rica. Rev. Costa Rica Cienc. Med.; 11 (2): 44 - 55 Jun. 1990.
16. Pellecer Castillo, Gustavo Adolfo. Conocimiento sobre salud reproductiva en adolescente enseñanza media. Tesis Universidad de San Carlos, Guatemala, julio, 1,995. pp. 4
17. Pinheiro, S.A. y E. W. Watanbe. Estudio epidemiológico de casos de Sífilis notificados en el Centro de Salud Escolar de Ribeirao Preto. Medicina Ribeirao Preto; 24 (4): 212 - 7, octubre 1991.
18. Ramírez Guzmán, Mario Alfredo. Conocimientos y actitudes del adolescente sobre sexualidad y enfermedad de transmisión sexual. Tesis Universidad de San Carlos, Guatemala, julio, 1995. pp. 4
19. Robbins Cotran, K. Patología Estructural y Funcional. Cuarta edición, editorial Interamericana, España, 1,990.
20. Seefeld, Lía. Pautas y Criterios en ETS. Ciladerma Colegio Ibero - Latino Americano de Dermatología Vol 1 No. 2 1995. pp. 6 -7.

21. Segovia P, Silvia. Enfermedades de transmisión sexual. Bol. Hosp. San Juan de Dios; 34 (3): 177 - 82. Mayo - Junio 1987.
22. Stewart W. m. et al. Dermatología Segunda edición, Editorial Interamericana S. A. México 1974.
23. Surós, J.B. y A. Suros, Semiología médica y técnica exploratoria, Séptima edición, editorial Salvat, Mexico, 1,992.
24. Wilson, Jean D. y Eugene Braw (NWALD) Principios de Medicina Interna Harrison, décimo segunda edición, Interamericana Mc Graw - Hill, México, 1991.
25. Woodley, M. et al. Manual de Terapéutica Médica Universidad de Washington D.C., octava edición, Salvat, México, 1993.
26. Woscoff, Alberto. et. al. Sífilis: Valor epidemiológico de la entrevista para la detección de contactos. Bol. oficina Sanit Panam; 99 (2): 130 - 7, 1985.
27. Wyngaarden James B. y Lloyd H. Smith Jr. Tratado de Medicina Interna Cecil, décimo ocatava edición Interamericana Mc Graw - Hill, México, 1991.

VIII. BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS

DERMATOSIS MAS FRECUENTES EN GENITALES EXTERNOS Y
SUS PRINCIPALES CARACTERISTIAS EPIDEMIOLOGICAS DE
ENERO DE 1,990 A DICIEMBRE DE 1,995

Fecha de primera consulta: _____

Registro Médico No. _____

Diagnóstico: _____

Edad: _____ años. Sexo: F _____ M _____

Originario de: _____

Estado Civil:

Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Unido (a) _____

Viudo (a) _____ Divorciado (a) _____

Etnia: Indigena _____ Ladina _____ Otros _____

Ocupación: Domésticos _____ Amas de casa _____
Estudiante _____ Operarias _____
Profesionales _____ Trabajadoras del sexo _____
Otros _____

Tiempo de evolución de la enfermedad:
1 a 30 días _____ 1 mes a 12 meses _____ más de 1 año _____

Método diagnóstico: _____

Otra lesión asociada: _____

Antecedentes médicos: _____

Tratamiento: _____

Embarazo: Si _____ No _____