

11217
12ey

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA 3
CENTRO MEDICO LA RAZA



ROBLES

**"ALGUNOS ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS
Y EVENTOS ASOCIADOS DEL CONDILOMA
CERVICOUTERINO"**

T B S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:**

"GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA"

PRESENTA EL DOCTOR:

RAFAEL ANGEL ALFONSO ROBLES

"COORDINADOR DE TESIS: DRA. BLANCA ISABEL CONDE, F.I.A.G."

México, D. F.

1979



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

C O N T E N I D O

I. RECONOCIMIENTOS.

II. INTRODUCCION.

III. MATERIAL Y METODOS.

IV. RESULTADOS.

V. DISCUSION.

VI. RESUMEN.

VII. BIBLIOGRAFIA.

II.- INTRODUCCION.

El nombre Condiloma Acuminado deriva de la palabra griega "Kondilos" que significa nudillo y del latín: "Acuman" que significa punta.

Se han empleado como sinónimos: Verruga venerea, papiloma venereo, papiloma acuminado, verruga acuminada, hiperplasia papilar escamosa.

Las lesiones condilomatosas del cérvix ya habían sido descritas por autores como: AYRE (3) en 1949, para ilustrar un complejo celular premaligno; WESPI (34) en 1949, la denomina epitelio irregular; LAPID Y GOLDBERG (16) en 1951, la llaman lesión cervical atípica; VON HAAM (33) en 1954, la menciona como displasia; REAGAN y Cols. (28) en 1955, la mencionan como displasia atípica o displasia leve.

Todos ellos la consideran como un patrón celular en un nivel inferior al carcinoma.

KOSS y DURFFE (14) en 1956, acuñan el término de Atipia Koilocitótica, con el propósito de aplicar un nombre descriptivo y la aislan como una entidad patológica; apoyándolo con una comparación citológica y patológica con el carcinoma cervical y concluyen que se asocia a éste en forma frecuente y si se toma el patrón específico de la Atipia Koilocitótica no debe considerarse como carcinoma. Observan

dificultad para aclarar el papel que desempeña como escalón en la génesis del carcinoma cervicouterino, sin poder excluir la posibilidad de que estas lesiones sean parte de su historia natural.

Ha sido descrito en labios de vulva, periné y regiones adyacentes. Su localización cervical fué considerada rara, sin embargo la forma vegetante ha sido reportada por: MARSH (18) en 1952, 8 casos; GOFORTH (8) en 1952, 21 casos; RAFTERY y PAINE (97) en 1954, 19 casos; GREENE Y PECKHAM (9) en 1954 26 casos; KISTNER y HERTIG (13) en 1955, 2 casos; WOODRUFF y PETERSON (35) casos; NAIB y MASUKAWA (21) en 1961, 13 casos; PITKIN y KENT (25) en 1963, 14 casos.

AYRE (4) en 1960, menciona la influencia de infección viral aunado a factores de higiene, hábitos sexuales, estado socioeconómico, así como procesos inflamatorios e infecciones crónicas y cambios hormonales en la carcinogénesis. Apoyado por los cambios celulares que para la mayoría de las opiniones son provocados por una gran actividad metabólica celular inducida por acción viral, semejantes a las alteraciones fisicoquímicas como las que pueden ocasionar otros agentes carcinogénéticos, dando como resultado la aparición de células mutantes (32).

Dado el disturbio epitelial del condiloma acuminado, fué

propuesto en un Congreso de Citología Exfoliativa celebrado en Viena en 1962, para que se considerara lesión displásica (5).

Y es a partir de los trabajos de MEISELS y PUROLA (19, 20, 26) cuando se identifican como lesiones condilomatosas, atípicas que habiendo sido descritas previamente no habían sido identificadas como tales.

La difusión de estos trabajos permitió que en nuestro medio se conozcan los aspectos citológicos y patológicos de la lesión cervical y en consecuencia su frecuencia, siendo esta la razón por lo que emprendimos el presente trabajo, tratando aunque en forma modesta de analizar algunos aspectos epidemiológicos de este padecimiento.

III.- MATERIAL Y METODOS.

Se consultó el Archivo del Servicio de Citodiagnóstico del Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, tomándose el número total de citologías efectuadas durante el período comprendido entre el 1.º de julio de 1977 al 30 de junio de 1979. Se registraron las pacientes con diagnóstico de Condiloma Cervical de acuerdo a la fecha del estudio.

De estas pacientes se revisaron los expedientes clínicos, un total de 125 y se analizaron los siguientes parámetros: Edad, paridad, inicio de relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, hábitos higiénicos y estado socioeconómico. Hallazgos citológicos, colposcópicos, histopatológicos, cultivos de secreción vaginal; motivos de consulta; síntomas y signos; existencia de lesión condilomatosa extracervical y método de control de fertilidad.

Las muestras citológicas habían sido previamente obtenidas por el método convencional de una muestra vaginal y otra cervical. Teñidas con técnica de Papanicolaou modificada y examinadas por un citólogo.

La colposcopia se realizó con un Colposcopio marca Moller DM Wedel con 10 y 20 aumentos, utilizándose al mismo tiempo la prueba de Shiller para la toma de biopsia, éstas fueron incluidas en parafina y teñidas con Hematoxilina y Eosina.

IV.- RESULTADOS.

En el período del 1o. de julio de 1977 al 30 de junio de 1979, se efectuaron 21,078 estudios citológicos, de los

cuales 172 correspondieron a Condiloma cervical, con un índice de 0.81%, y promedio anual de 86 casos.

La frecuencia distribuida según los meses del año, demostró franca predominancia estacional, que se repite en forma cíclica, Tabla No. 1 y Fig. No. 1.

La distribución por edades de los 125 casos incluidos en este estudio, varió en un rango entre 16 y 50 años, con una media (\bar{x}) de 28.4 años y una desviación estandar (s) de 7.99 años. El pico máximo fué observado a los 21 años. Tabla No. 2 y Fig. No. 2.

La edad de inicio de las relaciones sexuales en las pacientes con condiloma cervical se registra con un rango de 10 a 38 años, con una media de (\bar{x}) de 19.8 años y una desviación estandar de 4.58. Con el pico máximo a los 19 años. Tabla No. 4,5 y Fig. No. 3.

Los antecedentes gineco-obstétricos mostraron mayor frecuencia en las nulíparas y en menor grado las primíparas y grandes multíparas. En relación a los abortos, fué mayor en las que no tenían y secundariamente las que tenían solo 1. Tabla No. 6 y Fig. No. 4.

MES	1 9 7 7		1 9 7 8		1 9 7 9	
	No.Casos	No.Citologías	No.Casos	No.Citologías	No.Casos	No.Citologías
ENERO			5	851	3	979
FEBRERO			3	779	7	770
MARZO			5	843	11	911
ABRIL			16	879	4	748
MAYO			11	787	4	855
JUNIO			11	928	17	920
JULIO	5	1008	9	987		
AGOSTO	2	876	7	1080		
SEPTIEMBRE	1	813	6	766		
OCTUBRE	14	976	7	840		
NOVIEMBRE	8	1027	6	882		
DICIEMBRE	4	790	1	783		
	TOTAL CASOS= 172		TOTAL CITOLOGIAS = 21,078			

Tabla No. 1. Frecuencia del Condiloma Cervical de acuerdo a los meses del año y No. de estudios citológicos.

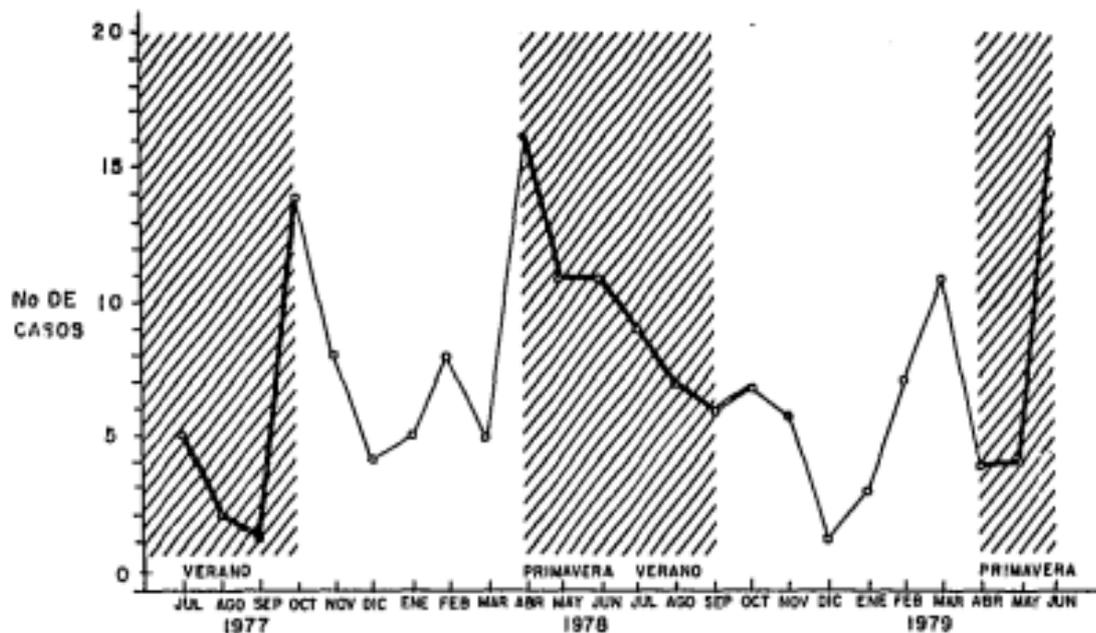


FIG.No1: LA FRECUENCIA DEL CONDILOMA CERVICAL DISTRIBUIDA DE ACUERDO A LOS MESES DEL AÑO, DEMUESTRA FRANCA PREDOMINANCIA ESTACIONAL (PRIMAVERA-VERANO), REPETIDA EN FORMA CICLICA

Intervalo de edades			Frecuencia	%
16	---	20	19	15.2
21	---	25	36	28.8
26	---	30	27	21.6
31	---	35	18	14.4
36	---	40	14	11.2
41	---	45	6	4.8
46	---	50	5	4.0
Años			Total 125 Casos	100.0

Tabla No. 2. La distribución por edades varió en un rango de 16 a 50 años. Con un pico máximo a los 21 años.

xi	fi	xi - fi	x2	x2f
18.0	19	342.0	324.0	6156
23.0	36	828.0	529.0	19044
28.0	27	756.0	784.0	21168
33.0	18	594.0	1089.0	19602
38.0	14	532.0	1444.0	20216
43.0	6	258.0	1849.0	11094
48.0	5	240.0	2304.0	11520
N =	125	3550.0		108800

Tabla No. 3: Media de 28.8 años y Desviación Standar 7.99 a.

$$\text{Media} = \bar{X} = K = \frac{\sum X_i \cdot f_i}{N} = \frac{3550.0}{125} = 28.4 \text{ años.}$$

$$(s) = \text{Variancia } (s^2) = \bar{X} - \bar{X}^2 = 870.0 - 806.56$$

$$s^2 = \frac{\sum X_i^2 \cdot f_i}{N} - \bar{X}^2 = \frac{108800}{125} - 806.56 = 870.4 - 806.56$$

$$s^2 = 63.84 \quad s = 7.99 \text{ años.}$$

No DE
CASOS

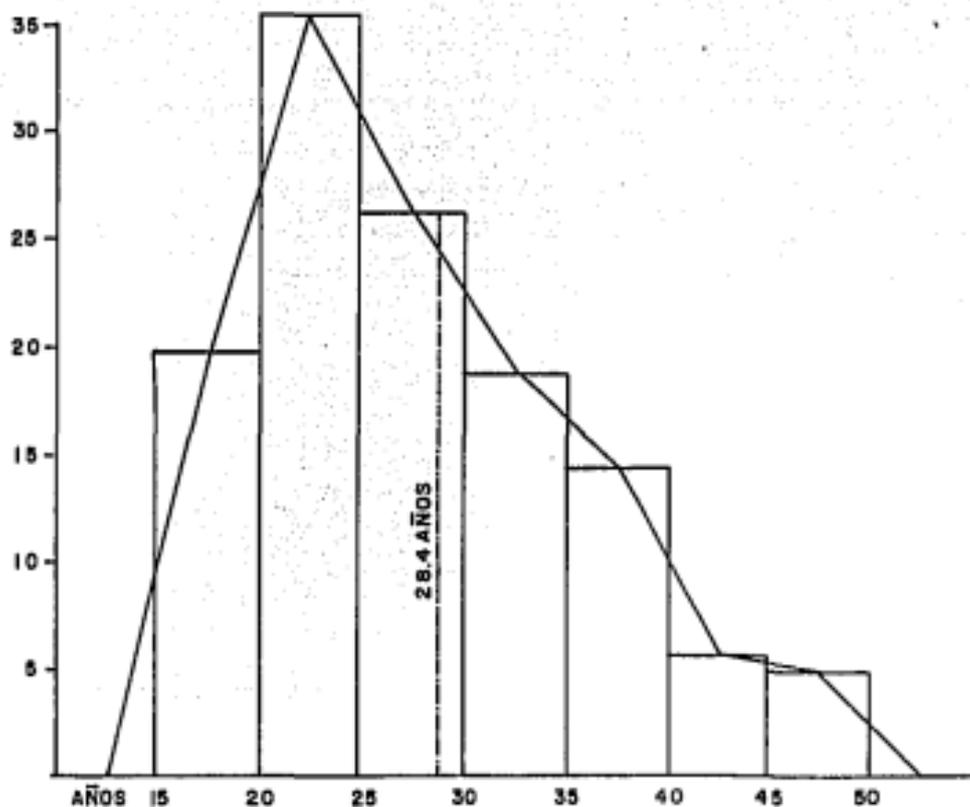


FIG. No. 2 : HISTOGRAMA Y POLIGONO DE FRECUENCIAS, DONDE SE OBSERVA DISTRIBUCION POR EDADES DE LAS PACIENTES CON CONDILOMA CERVICAL CON UN PICO MAXIMO EN EL GRUPO DE 21 A 25 AÑOS Y MEDIA (\bar{x}) DE 28.4 AÑOS.

Intervalo de edades		Frecuencia	%
10	--- 14	4	3.2
15	--- 19	71	56.8
20	--- 24	35	28.0
25	--- 29	9	7.3
30	--- 34	4	3.2
35	--- 39	2	1.6
Años		125	Total de casos.

Tabla No. 4: La edad de inicio de las relaciones sexuales se registra en un rango de 10 a 38 años, con un pico máximo a los 19 años.

x^i	f^i	$x^i \cdot f^i$	x^2	$x^2 \cdot f$
12	4	48	144	576
17	71	1207	289	20519
22	35	770	484	16940
27	9	243	729	6561
32	4	128	1024	4096
37	<u>2</u>	<u>74</u>	1369	<u>2738</u>
	N = 125	2470		51430

Tabla No. 5: La media (\bar{x}) fué de 19.8 años y la Desviación Estándar (s) fué de 4.58 años.

$$\bar{x} = \frac{2470}{125} = 19.76 \approx 20 \quad \text{Variancia} = s^2 = \overline{x^2} - \bar{x}^2$$

$$\overline{x^2} = \frac{1}{N} \sum x_i^2 \cdot f_i = \frac{51430}{125} = 411.44 \quad \bar{x}^2 = (19.8)^2 = 390.46$$

$$s^2 = 411.44 - 390.46 = 20.98$$

$$s = \sqrt{\text{Variancia}} = \sqrt{20.90} \approx 4.58 \text{ a.}$$

$$\text{Coeficiente de variación} = \frac{4.58}{19.76} = 0.23$$

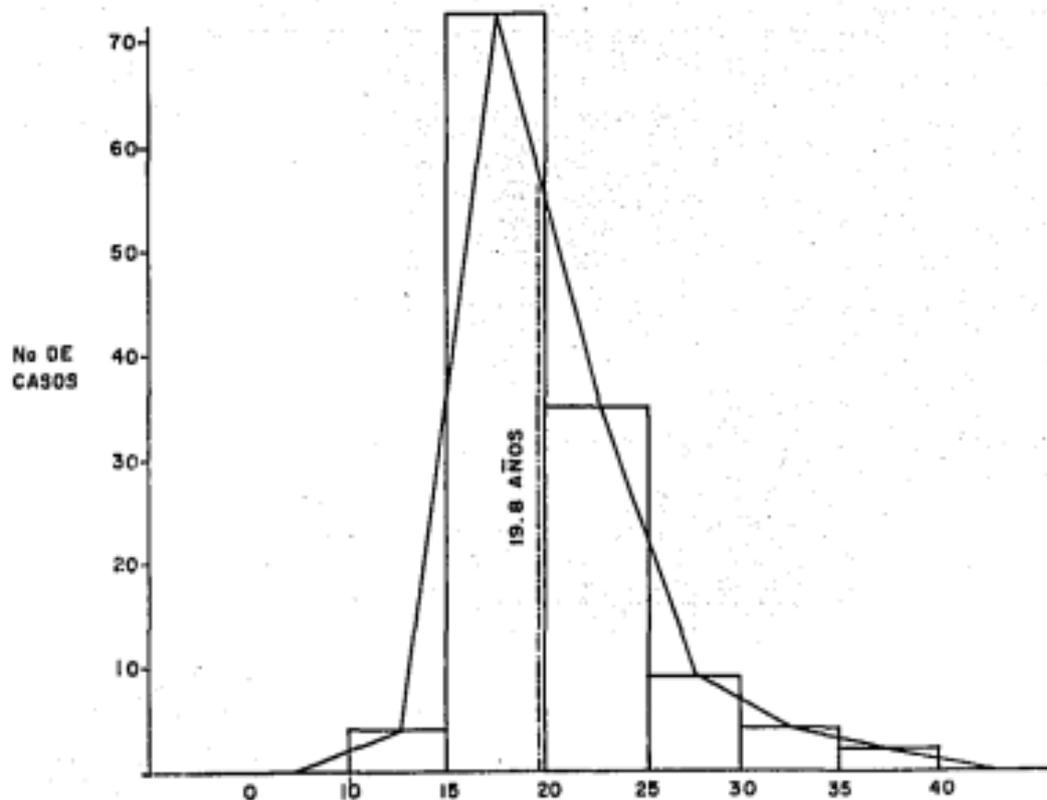


FIG. No 3: HISTOGRAMA Y POLIGONO DE FRECUENCIAS QUE MUESTRA EL PICO MAXIMO A LOS 19 AÑOS, PARA EL INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES EN EL GRUPO DE 15A 20 AÑOS LA MEDIA A LOS 19.8 AÑOS.

Nº	0	1	2	3	4	+
G	14	37	15	13	9	37
P	39	26	11	14	12	23
A	68	36	10	8	1	2
C	105	14	3	2	0	1

TABLA N.º 6: ANTECEDENTES OBSTETRICOS :

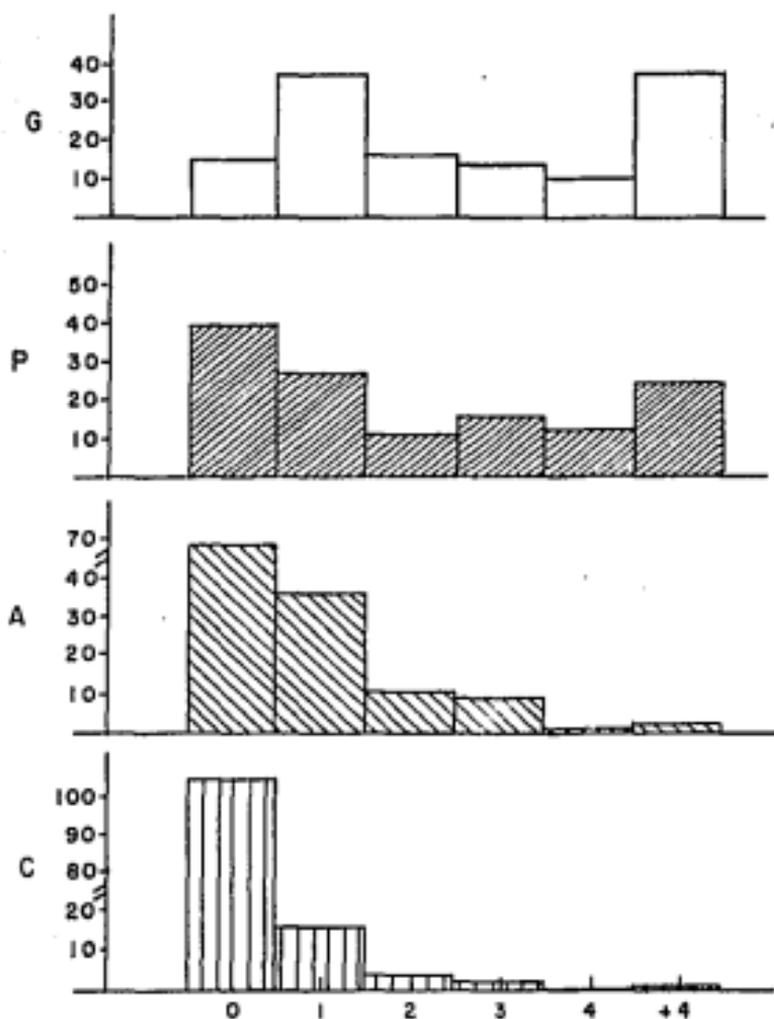


FIG. N.º 4 HISTOGRAMA DE ANTECEDENTES OBSTETRICOS DEL CONDILOMA CERVICAL.

No. compañeros sexuales	No. casos	%
1	122	97.6
2	3	2.4

El número de compañeros sexuales fué de 1 solo compañero en 122 casos y 2 en 3 casos. Se ignora la promiscuidad del varón.

Hábitos higiénicos	No. casos	%
Deficientes	68	54.4
Regulares	46	36.8
Buenos	11	8.8

Predomina el estrato socioeconómico bajo con deficientes hábitos higiénicos.

El motivo de consulta fué en 46 casos por causa obstétrica y 79 por causa ginecológica. En estas últimas 19 casos por Estérilidad e Infertilidad; 16 casos por deseo de control definitivo de la fertilidad y 12 casos enviados por el Servicio de Medicina Preventiva por haberse detectado en el Programa de Detección Oportuna del Cáncer cervicouterino.

Tabla No. 7.

Motivo de consulta	No. casos	%
Obstétrica	46	36.8
Ginecológica	76	60.8
Esterilidad e Infertilidad	19	15.2
Control definitivo Fertilidad	16	12.8
Enviadas del D.O.C. por Condiloma cervical	12	9.6

Tabla No. 7: Causas de motivo de consulta.

Los síntomas y signos que predominaron fueron: Leucorrea, erosión periorificial, formaciones papilares, ectropión y sangrado postcoito. Tabla No. 8.

Síntomas y Signos	No. casos	%
Leucorrea	79	63.2
Erosión periorificial	20	16.0
Formaciones papilares	5	4.0
Ectropión	3	2.4
Sangrado postcoito	3	2.4

Tabla No. 8: Datos clínicos predominantes.

Se realizó en 24 casos estudio colposcópico en los cuales

se observó: erosión periorificial, formaciones papilares zonas
todo negativas, hipervascularidad, queratinización, epitelio de
transformación, reepitelialización por orden de frecuencia. Ta-
bla No. 9.

En 28 pacientes se efectuaron biopsias, en 24 casos en for-
ma dirigida por colposcopia y prueba de Shiller y en 4 con solo
ésta última. Los hallazgos fueron: Cervicitis crónica, metapla-
sia escamosa, displasia, condiloma cervical, cérvix normal, hi-
perqueratosis, quistes de Naboth, endocérvix, pólipo endocervi-
cal. Tabla No. 10.

En los 125 casos, la imagen citológica que permitió hacer
el diagnóstico, estuvo constituida por la presencia de células
del epitelio plano con halos prominentes, bi o multinucleación,
alteraciones leves en la distribución de la cromatina: reforza-
miento del citoplasma y amofilia. Los hallazgos concomitantes
fueron: Displasia; deficiencia de Acido Fólico, metaplasia esca-
mosa, carcinoma epidermoide in situ, hiperqueratosis, inflamación
aguda y crónica, predominando la mixta. Tabla No. 11.

En el estudio citológico se identificaron microorganismos
de tipo: Cándida, Flora coccoide, Báculos de Doderlein, Tricomo-
nas, y Haemophilus. Tabla No. 12.

La correlación colposcópica, citológica e histopatológica
se efectuó solo en 4 casos. Citológica y colposcópica en 20.

Hallazgos colposc6picos	No. casos.	%
Erosi3n periorificial	20	16.0
Formaciones papilares	18	14.4
Zonas Iodo negativas	11	8.8
Aspecto normal	8	6.4
Hipervascularidad	6	4.8
Queratinizaci3n	2	1.6
Epitelio de transformaci3n	2	1.6
Reepitelializaci3n	1	0.8

Tabla No. 9: Hallazgos colposc6picos encontrados en 24 estudios colposc6picos efectuados a portadoras de Condiloma Cervical.

Hallazgos Histológicos	No. casos.	%
Cervicitis crónica	12	9.6
Metaplasia escamosa	10	8.0
Displasia	8	6.4
Cérvix normal	3	2.4
Condiloma cervical	2	1.6
Hiperqueratosis cervical	2	1.6
Acantosis cervical	2	1.6
Quistes de Naboth	2	1.6
Endocérvix	1	0.8
Pólipo endocervical	1	0.8

Tabla No. 10: Hallazgos reportados en 24 biopsias cervicales.

Hallazgos Citológicos	No. casos.	%
Condiloma	125	100.0
Displasia	22	17.6
Deficiencia de Ácido Fólico	20	16.0
Metaplasia escamosa	15	12.0
Ca Cu in situ	2	1.6
Hiperqueratosis	2	1.6
Inflamación:		
Aguda	8	6.4
Crónica	8	6.4
Mixta	40	32.0

Tabla No. 11: Hallazgos citológicos en 125 pscientes.

Microorganismos en la Citología	No. casos.	%
Cándida	17	13.6
Flora coccida	15	12.0
Bacilos de Doderlein	12	9.6
Tricomonas	11	8.8
Haemophilus	4	3.2

Table No. 12: Microorganismos identificados por Citología.

Las lesiones condilomatosas fueron encontradas en otros si tios como: Vagina 6 casos. Vulva 1 caso. Periné 1 caso.

En los cultivos de secreción vaginal predominaron los Gram negativos encabezados por la E. Coli, seguida por los gram posi tivos como el Estafilococo. Tabla No. 14.

Microorganismos aislados	No. casos.	%
E. Coli	22	17.6
Estafilococo No Patógeno	16	12.8
Estafilococo Patógeno	6	4.8
Klebsiella	4	3.2
Proteus	4	3.2
Bacteroides	3	2.4
Enterobacter	<u>1</u>	<u>0.8</u>
	58	46.4

Tabla No. 14: Microorganismos aislados en cultivos para aerobios en secreciones de vagina y cérvix.

En 15 casos (12%) se asoció control de fertilidad con méto dos locales, es decir Dispositivos Intrauterinos en 12 (9.6%) y Espermaticidas en 3 casos (2.4%).

V.- DISCUSION.

Las lesiones condilomatosas habian sido descritas previamente (3, 8, 9, 13, 14, 16, 18, 21, 25, 27, 28, 33, 34, 35) pero no se habian identificado en el cérvix en forma clara como en la actualidad a partir de los trabajos publicados por MEISELS y PUROLA (19, 20, 26).

Se ha considerado como enfermedad viral y el agente causal fué identificado por el Microscópico Electrónico y pertenece al grupo de Virus Papova, sugerido por la presencia intranuclear de partículas esféricas de 45 a 50 milimicras en células de tejido condilomatoso (1, 2, 6, 7, 10, 17, 22, 23).

Se sabe que se transmite por contacto venéreo, cuando alguno de la pareja sexual está afectado (12, 23, 24, 30).

Produce alteraciones celulares específicas caracterizada por la presencia de células baloncoides con mayor o menor atipia nuclear, que ha permitido que se le confunda con lesiones premalignas como se reporta en la literatura. En un trabajo donde de 152 casos clasificados originalmente como displasia moderada en su revisión posterior, se concluyó que el 70% mostró cambios ahora reconocidos como lesión condilomatosa, el 16% descendió a cambios inflamatorios y sólo

el 4% permaneció como representativo de displasia moderada. (20).

Es frecuente en mujeres cuando la vida sexual es más intensa, nosotros la encontramos en la 2a. y 3ra. décadas de la vida. Con frecuencia de 0.81% en la población femenina, que la coloca muy cerca de las lesiones premalignas del cuello que son de 1.12% en el Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3. Similar a otros (20).

Queremos señalar que la detección de las lesiones condilomatosas en nuestro medio tuvo una distribución francamente estacional, como se ve en la gráfica No. 1, es decir que su mayor incidencia se observa en las estaciones del año cuando la temperatura y la evaporación ambiente alcanzan su máxima PRIMAVERA - VERANO, fenómeno que se repite en forma cíclica y que probablemente propicie en el huésped condiciones adecuadas para la proliferación del virus o bien que por los fenómenos físicos señalados se aumente la frecuencia de las relaciones sexuales. Comportamiento que podría ser empleado en la vigilancia epidemiológica de este padecimiento infectocontagioso.

En todas las enfermedades que afectan al cérvix, se ha dado importancia a la edad en que se inicia las relaciones sexuales y el condiloma cervical no es la excepción (12, 30). En nuestro estudio la máxima frecuencia se observó en el intervalo de los 15 a los 19 años en un 56.8%. En esta edad todavía el cuello en mu-

chas mujeres especialmente en la zona del endocérvix presenta inmadurez, favoreciendo los cambios metaplásicos y si la agresión que representa el coito se añade la del agente etiológico, es fácil comprender que los cambios que se originen por estas circunstancias, probablemente tengan alguna relación con la génesis de las alteraciones premalignas y malignas del cuello uterino (4, 15, 31, 32, 36).

Podemos señalar que los antecedentes Gineco-obstétricos no tiene mayor importancia, ya que se ven afectadas tanto nulíparas como multíparas.

Lo que si creemos que tengan importancia es el número de compañeros sexuales o bien la promiscuidad del varón, hecho que no fué determinado en esta serie. La promiscuidad femenina no fué corroborada ya que sólo 3 tuvieron más de un compañero.

De acuerdo a lo referido por otros autores y corroborado por nosotros, el padecimiento en su localización cervical no produce una sintomatología definida, ya que la leucorrea es un síntoma común a cualquier proceso infeccioso y el sangrado post coito se ha asociado con más frecuencia a las lesiones malignas incipientes clínicamente. La signología tampoco es particular, excepto las formaciones papilares, sin embargo, ésta última no es lo característico. (20). Esto determina que no haya un

motivo de consulta específico y que su hallazgo sea fortuito. Si apoyamos la tesis que los padecimientos ocasionados por virus son asintomáticos y tiene participación en la génesis del cáncer, como lo apoyan los reportes de (11, 15, 36), con igual comportamiento en las lesiones condilomatosas genitales en el varón (31).

Por lo anterior es importante saber reconocer las alteraciones celulares y así poder ofrecer protección a este grupo de mujeres de alto riesgo que no tienen sintomatología específica que motive la consulta.

La identificación citológica de la lesión condilomatosa ha facilitado su conocimiento colposcópico y en 24 colposcopías efectuadas en nuestro grupo hubo correlación en 20 o sea el 83.3% encontrando formaciones papilares.

No podemos decir lo mismo con los hallazgos histopatológicos, ya que para la mayoría de los patólogos sólo es lesión condilomatosa aquella que presenta macroscópicamente crecimiento mayor que una verruga vulgar, variando de escasos milímetros a varios centímetros y tiene una superficie semejante a una coliflor. Microscópicamente igual a una verruga vulgar con hiperqueratosis, acantosis con una zona granular engrosada. La RETEPEG se encuentra engrosada con tendencia a introducirse hacia el

centro de la base de la lesión. Habitualmente con infiltrado linfocítico leve o moderado en el corión. (99).

En las mucosas, sin embargo, este no es el aspecto habitual ya que no hay pérdida de la arquitectura general, las papilas y los pequeños vasos del tejido conectivo se amplían y elongan por la acantosis. El signo más característico es el contraste entre las capas profundas que son densas, casi normales y las capas superficiales que muestran una zona clara citoplasmática. El estroma está infiltrado con células redondas en número variable. La capa basal preserva una polarización normal. En ocasiones la capa basal parece liquenificada debido a la infiltración de células inflamatorias. Las capas epiteliales profundas no están muy alteradas, las células muestran un citoplasma denso y relativamente abundante que no contiene glucógeno. El núcleo es relativamente largo, redondo y en ocasiones presenta cromatina dispersa, dando una textura homogénea y brillante, la cromatina puede ser granular. Los nucleolos son visibles generalmente. Hay muchas figuras mitóticas. Mientras más cerca a la superficie los cambios son más marcados. El núcleo se torna denso y muy hiper-cromático, permaneciendo largo e irregular con angulaciones pronunciadas. Estos núcleos están degenerados, picnóticos o cario-recticos. Frecuentemente hay una bi o multinucleación. Alrededor del núcleo hay un halo citoplasmático, que da una característi-

ca al área superficial de la lesión. Estos cambios claros dentro de la célula contienen glucógeno pero en una cantidad menor que las células claras de un epitelio cervical normal. Es frecuente encontrar queratinización monocelular, las capas superficiales muestran queratinización o cambios disqueratóticos. Todos estos cambios son más o menos característicos de las lesiones simples consideradas en un estadio inmaduro del condiloma (20).

Por esta razón vemos que autores como KOSS y DURFFE (14) no etiquetan las lesiones como tales y a eso se debe que de las 28 biopsias obtenidas solamente en 6 se hayan identificado cambios compatibles con la entidad.

En relación con los hallazgos citológicos concomitantes en 22 casos (17.6%) hubo displasia asociada, similar a Jagella y Stegner (11,14), que fué corroborada por histopatología en solo 8 casos. La discrepancia puede deberse a que la biopsia no fué tomada en el sitio adecuado, o bien ha un hecho que hemos observado y es el siguiente: las alteraciones nucleares inducidas por el condiloma pueden semejar displasia pero en un control subsecuente desaparecer, es decir que presentan variaciones. Por esta razón se piensa que en el pasado se encontraban displasias que desaparecían espontáneamente o bien lesiones condiloma

tosas transformadas en, displasias.

La presencia de procesos infecciosos cervicovaginales ya fueron considerados en relación a las condiciones que predisponen a la aparición de lesiones cervicales como el condiloma y otros como el Cs Cu. Puede interpretarse que existen alteraciones como cambios locales para la proliferación de gérmenes donde los mecanismos de defensa puedan estar comprometidos previamente o bien secundarios a la infección viral. En nuestros casos se repite esta observación ya que en 58 casos o sea el 46.4% se aislaron gérmenes, donde la E. Coli fué la predominante, seguido por el Estafilococo, asociado a síntomas y signos del tipo leucorrea 79 casos (63.2%) y erosión periorificial en 20 casos (16%). (4).

De las lesiones inducidas por parásitos podemos decir que sólo las alteraciones que produce la Cándida podría ser confundida con la lesión condilomatosa en su etapa inicial.

A pesar que nuestro grupo de estudio estuvo constituido por 125 pacientes afectadas de condiloma, solo hubo patología similar en genitales externos en 4 y dos en periné. Lo que permite reenfatizar en relación a la pesquisa debe efectuarse fundamentalmente por detección citológica y colposcopia.

El método de control de ciertos factores mecánicos, no es determinante en la frecuencia del condiloma, sólo se quiere señalar con esto, el hecho que en estas 15 pacientes hubo un factor mecánico y químico asociado, que de alguna forma pudo influir en el comportamiento biológico de la lesión.

VI.- RESUMEN.

El Condiloma acuminado es un padecimiento infectocontagioso de origen viral, transmitido por contacto sexual, que ataca a la pareja sexualmente activa. Con mayor frecuencia en la 2a. y 3er. década de la vida y en esferas sociales bajas donde influyen los deficientes hábitos y alto grado de promiscuidad, al parecer más aparente en el varón.

Con un índice que las coloca a la altura de las lesiones preneoplásicas y malignas del cuello uterino en relación a la población femenina.

Da la impresión de presentarse en brotes epidémicos anuales en las estaciones de Primavera y Verano. Comportamiento que puede emplearse para su vigilancia epidemiológica y permitir emplear niveles primarios de prevención.

No tiene sintomatología específica en su estadio tem -

prano y con los medios que se utilizan para su diagnóstico se le ha encontrado desde lesiones no visibles por colposcopia hasta las que tienen varios centímetros, tradicionalmente identificables. El conocimiento de sus diferentes estadios ha permitido conocer su frecuencia y la importancia que tiene el identificar a las pacientes que la portan ya que los cambios en su morfología citológica semeja a lesiones premalignas del cuello uterino, con las que pueden ser confundidas, además de su frecuente asociación con las mismas y que por su etiología se le considera como factor de riesgo para el carcinoma cervicouterino.

Su correlación citológica, colposcópica e histológica en general se ve influenciada por la falta de conocimiento de su comportamiento en fases tempranas, lo que explica que la correlación integral se efectue en su estado más avanzado.

La difusión de trabajos que dan a conocer estos estadios tempranos, está permitiendo su reconocimiento y pone alerta al médico para su vigilancia.

Colposcópicamente no existen cambios definidos de la lesión antes de la aparición de las formaciones papilares clásicas, por lo que se considera al estudio citológico el método que ha mostrado alta eficacia para su detección.

La presencia de esta patología cervical se asocia con cierta frecuencia en pacientes con indicios de inmunidad alterada como lo muestra el alto índice de infecciones Genitales: bacterianas, micóticas y parasitarias así como de datos citológicos de deficiencia de Acido Fólico, incluso observados en pacientes con Enfermedad autoinmunes o con terapia esteroides.

VII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Almeida J. D., Howatson A. F., Williams M. G.: Electron microscope. Study of human warts: Sites of virus production and nature of the inclusions bodies. J. Invest. Dermatol 38: 337. 1962.
- 2.- Almeida J. D., Oriel J. D. Satannard L. M.: Characterization of the virus found in human genital warts. Microbios. 1: 225. 1969.
- 3.- Ayre, J. E.: The vaginal smear. Precancer cell studies using a modified technique. Am. J. Obstet Gynecol 58: 1205. 1949.
- 4.- Ayre, J. E.: Role of the halo cell, in cervical carcinogenesis. A Virus manifestation in premalignancy. Obstetrics and Gynecology. 15: 481. 1960.
- 5.- Battinger, H. F. y Reagan J. W.: Proceedings of the International Terminology for lesions of the uterine cervix. In Wied, G. L., ED.: Proceedings of the first International Congress on Exfoliative Cytology. Philadelphia, J. B. Lippincot. 1962.
- 6.- Coleman, D. V., Russell, N. J., Hodgson, J. et al: Human Papova virus in Papanicolaou smear urinary. Sediment detected by transmission Electron microscopy. J. Clin. Pathol. 30: 1015. 1977.
- 7.- Dunn, A. E. G., Ogilvie, M. M.: Intranuclear virus particles in human genital wart tissue; observations on the ultrastructure of the epidermal layer. J. Ultrastrut. Res. 22: 282. 1968.
- 8.- Goforth, J. L: Squamous cell papilloma of the cervix uteri. South M. J. 45: 921. 1952.
- 9.- Greene, R. R. y Peckham, B. M.: Squamous papillomas of the cervix. Am. J. Obst. and Gynec. 67: 833. 1954.
- 10.- Hills, E., Laverty, C. R.: Electron Microscopic detection of papilloma virus particles in selected Koilocytotic cells in routine cervical smear. Acta Cytol 23: 53. 1979.
- 11.- Jagella, H. P., y Stogner, H. E.: Dignitaeater Condylomata acuminata. Arch Gynsek. 216: 119. 1974.
- 12.- Kessler, I. I.: Human cervical cancer as a venereal disease. Cancer Res. 36: 783. 1976.
- 13.- Kistner, W. R., y Hertig, A. T. Papilloma of the uterine cervix. Obst and Gynec. 6: 147. 1955.
- 14.- Koss, L. G. y Durfee, G. R.: Unusual patterns of squamous epithelium of uterine cervix; cytologic and pathologic study of koilocytotic atypia. Ann. N.Y. Acad. Sci. 63: 1235. 1956.

- 15.- Kovi, J., Tillman, R. L. y Lee, S. M.: Malignant transformation of Condyloma Acuminatum. *Amer. J. Clin. Oath.* 61: 702. 1974.
- 16.- Lapid, L. S. y Goldberg, H. A.: Exfoliative dyscaryotic cells associated with atypical cervical lesions. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 61: 1324. 1951.
- 17.- Lavery, C. R., Russell, P.; Hills, E. et al: The significance of noncondylomatous wart virus infection of the cervical transformation zone. *Acta Cytol.* 22: 195. 1978.
- 18.- Marsh, M. R.: Papilloma of the cervix. *Am. J. Obst. and Gynec* 64: 281. 1952.
- 19.- Meisels, A. y Fortin, R.: Condylomatous lesions of the cervix and vagina: I. Cytologic patterns. *Acta Cytol.* 20: 505. 1976.
- 20.- Meisels, A., Fortin, R. y Roy, M.: Condilomatous lesions of the cervix. II. Cytologic, Colposcopic and Histopathologic Study. *Acta Cytol.* 21: 379. 1977.
- 21.- Naib, Z. M. y Masukawa, N.: Identification of Condyloma Acuminata cells in routine vaginal smears. *Obstetrics and Gynecology.* 18: 735. 1961.
- 22.- Oriol, J. D. y Almeida, J. D.: Demonstration of virus particles in human genital warts. *Br. J. Vener. Dis.* 46: 37. 1970.
- 23.- Oriol, J. D.: Natural history of genital warts. *Br. J. Vener. Dis.* 47: 1. 1971.
- 24.- Oriol, J. D.: Anal warts and anal coitus. *Br. J. Vener. Dis.* 47, 373. 1971.
- 25.- Pitkin, R.M. y Kent, T. H.: Papillary squamous lesions of the uterine cervix. *Am. J. Obstet. Gynec.* 85: 440. 1963.
- 26.- Purola, E., y Savia, E.: Cytology of Gynecologic condyloma acuminatum. *Acta Cytol.* 21: 26. 1977.
- 27.- Raftery, A. y Payne, W. S.: Condyloma acuminata of cervix. *Obst. and Gynec.* 4: 581. 1954.
- 28.- Reagan, J. W., et al: Atypical hiperplasia of uterine cervix. *Cancer.* 8: 42, 1955.
- 29.- Robbins, S. L.: *Textbook of Pathology.* Philadelphia. W. B. Saunders Co. 1287. 1975.
- 30.- Rotkin, I. D.: A comparison review of key epidemiological studies in cervical cancer related to current searches for transmissible agents. *Cancer Res.* 33: 1353. 1973.
- 31.- Siegel, A.: Malignant Transformation of Condyloma Acuminatum. *A. J. Of. Surgery.* 103: 613. 1962.
- 32.- Stanley, W.: Relationships established and prospective between viruses and cancer. *An. N.Y. Acad. Sci.* 71: 1100. 1959.
- 33.- Von Haem, E.: Some observations in the field of exfoliative cytology. *Am. J. Clin. Pathol.* 24: 652. 1954.

- 34.- Wespie, H. J.: Early carcinoma of the uterine cervix. Pathogenesis and detection. Grune Stratton. N.Y. 1949.
- 35.- Woodruff, J. D. y Peterson, W. F.: Condyloma Acuminata of the cervix. Am. J. Obst and Gynec. 75: 1354. 1958.
- 36.- Zur Hausen, H.: Condylomata Acuminata and human genital cancer. Cancer res. 36: 794. 1976.