

11226

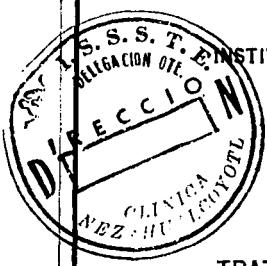
61
28j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA NEZAHUALCOYOTL



TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS CRONICA CON
ACIDO METACRESOL SULFONICO CON METANAL
(ALBOTHYL)

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A I
DRA. EUFROSINA LUCIA HERNANDEZ AVILA



ISSSTE

ASESOR DE TESIS:

DRA. HILDA MARTHA RODEA FUENTES

MEXICO. D. F.

FEBRERO 1995

FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

I. S. S. S. T. E.
C. NETZAHUALCOYOTL
JEFATURA ENSEÑANZA E
INVESTIGACION

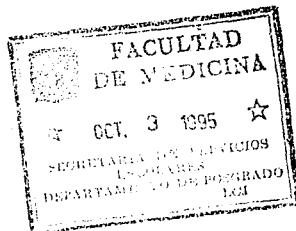
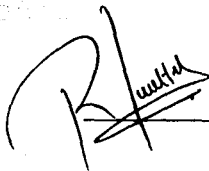
Libro 1 Hoja 32

Folio.....

Fecha de Expedición 070495

AUTORIZACION

Dra. Hilda Martha Rodea Fuentes
JEFE DE ENSEÑANZA
CLINICA NETZAHUALCOYOTL
Prof. TITULAR Y AGESOR DE TESIS



**TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS CRONICA
CON ACIDO METACRESOL SULFONICO CON METANAL (ALBOTHYL)**

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA :

DRA. EUFROSINA LUCIA HERNANDEZ AVILA

A U T O R I Z A C I O N E S



**DR. FRANCISCO JOSE LIZCANO ESPERON
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NEZAHUALCOYOTL
I.S.S.S.T.E.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

AUTORIZACION

Dr. Héctor Gabriel Arteaga Aceves
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
I.S.S.S.T.E.



**TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS CRONICA
CON ACIDO METACRESOL SULFONICO CON METANAL (ALBOHYL)**


**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA :**

DRA. EUFROSINA LUCIA HERNANDEZ AVILA


A U T O R I Z A C I O N E S



**DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.**



**DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.**

A DIOS POR DARME LA VIDA

A MIS PADRES POR SU APOYO CONSTANTE E
INCONDICIONAL

A MI ESPOSO ADOLFO POR SU AYUDA Y
COMPRESION EN LOS MOMENTOS DIFICILES

A MIS HIJOS LAURA Y ALDO POR SU
CARIÑO, SUS SONRISAS QUE ALVIARON
MIS TRISTEZAS Y ME DIERON FUERZAS
PARA SEGUIR ADELANTE

INDICE

MARCO TEORICO	01
ANTECEDENTES	01
GENERALIDADES	09
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
JUSTIFICACION	21
OBJETIVO GENERAL	22
OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
METODOLOGIA	24
CRITERIOS DE INCLUSION	26
CRITERIOS DE EXCLUSION	26
CRITERIOS DE ELIMINACION	27
GRAFICAS Y CUADROS DE RESULTADOS	28
DEFINICION DE VARIABLES	49
CEBULA DE RECOLECCION	50
RESULTADOS	51
ANALISIS DE RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	56
BIBLIOGRAFIA	58

**TRATAMIENTO DE LA CERVICITIS CRONICA
CON ACIDO METACRESOL SULFONICO CON
METANAL (ALBOTHYL)**

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES

La cervicitis y la vulvovaginitis son patológicas ginecológicas muy frecuentes (6,7).

La sintomatología que presenta es muy molesta para la paciente, casi siempre es un proceso localizado que en ocasiones es difícil de suprimir y muy frecuentemente hay tendencia a la recidiva. (6,7).

Las características cervicales y vaginales varían notablemente con la edad, incrementando en ciertas etapas los procesos infecciosos, por lo que estas situaciones han ocasionado la inquietud de distinguir la flora cervico vaginal normal (8).

El cervix tiene su origen embriológico al igual que las trompas y cuerpo uterino, parte superior de vagina, de los conductos müllerianos (9).

El cervix forma parte del útero principal órgano de la reproducción ya que anida el huevo fecundado.

El cervix esta formado por el orificio cervical externo, el canal endocervical y el orificio cervical interno.

El orificio cervical externo es el punto de entrada de los espermatozoides al tracto genital superior, ahí se inicia el canal endocervical que esta constituido por células secretoras en un 95% y ciliales en 5%, formando un epitelio cilindrico; este forma múltiples invaginaciones, las cuales son conocidas como glándulas endocervicales por la influencia estrogenica, el canal y el orificio cervical externo aumenta de diámetro sucediendo lo contrario con la acción progestacional (12).

La protección cervico vaginal depende primordialmente de su integridad y su equilibrio ácido base.

La acidez vaginal es dada por la acción de los bacilos de Doderlein que son los microorganismos predominantes de la mujer adulta y se han encontrado en el 70% de todas las mujeres. Son microorganismos grampositivos catalasa negativos que producen fermentación limitada la proliferación de otras bacterias (8,9).

El moco cervical producido por las glándulas secretorias del canal endocervical sufre cambios cualitativos de acuerdo a la etapa del ciclo. En la preovulación y la ovulación es abundante, mientras que en la fase lútea se vuelva escaso y espeso (12).

El pH del moco cervical alcanza su máxima alcalinidad durante la ovulación y es de 7.8, los cambios del pH del moco han sido tomados como un instrumento destinado a detectar la ovulación de manera inmediata y sencilla (9).

La alcalinidad del moco cervical guarda equilibrio con la acidez vaginal, dando como resultado con este equilibrio la protección de infecciones y favorecimiento de la función reproductora al permitir el paso en forma adecuada de los espermatozoides (9).

Hay muchas publicaciones acerca de la flora microbiana de las vías genitales femeninas siendo el pionero el Dr. Doderline en el año de 1892, sin embargo hoy en día es muy discutible la flora que debemos considerar normal pues hay muchas variantes que en ocasiones pasan desapercibidas o en otras ocasiones no se pueden controlar por lo que hay flora que si antes se consideraba normal encontramos que puede ser causa de infecciones (9).

En un 30% a 60% se han aislado del cuello uterino y vagina, los staphylococcus epiermides y difteroides, que son propios de la piel por lo que se hace pensar que son productos de contaminación de la muestra, aunque hay quienes la consideran como especies saprófitas. En un 20% a 25% se han aislado streptococos hemolíticos alfa y beta, en un 1% a 25% se han aislado E. coli, observándose de esta última un aumento considerable, en un 10% se ha observado Klebsiella, Enterobacter, Proteus y Pseudomona (9).

En algunas ocasiones se han aislado Estafilococos, algunos investigadores han encontrado levaduras y corinebacterium. Aún hay dudas acerca de que la presencia de dichos organismos sea normal o causa de infección.

También es importante mencionar que se han obtenido microorganismos anaerobios en un 70%. Según las publicaciones de Gorbaeh, Ohm y Galask, los cuales mencionan que pueden formar parte de la flora normal (9,10).

Para comprender el mecanismo fisiopatológico de la aparición de la infección cervicovaginal es necesario mencionar algunos aspectos importantes de cervix y vagina.

La vagina en condiciones normales tiene un pH que es fuertemente ácido entre 3.8 y 4.4 en condiciones normales el epitelio vaginal se descama en forma periódica y su células superficiales ingresan a la luz vaginal. Estas células contienen glucógeno, que al sufrir autólisis dejan en libertad el glucógeno y dos enzimas (la diastasa que transforma el glucógeno en maltosa y una maltasa que transforma la maltosa en glucosa) y el bacilo de Doderlein transforma la glucosa en ácido láctico. Contrario a lo anterior, la secreción de las glándulas del cervix es alcalina con un pH entre 7 y 8 siendo escasa y viscosa que apenas fluye a vagina, por lo que en condiciones normales no tiene acción sobre la acidez vaginal, es decir existe un equilibrio ácido-básico entre la vagina y cervix (9).

Cuando alguno de los factores etiologicos se hace presente este equilibrio se pierde y constituye la base para que se desencadene la invasión de microorganismos, dando lugar a la cervico-vaginitis, ya que los microorganismos se desarrollan con mas facilidad en un medio menos ácido (9,10,11).

Existe la cervicitis o mejor dicho cervico-vaginitis ya que dificilmente puede estar separado el problema del cervical de tipo agudo y crónico.

Cuando el problema es agudo por lo regular se trata de microorganismos de fácil identificación para su tratamiento como lo es por ejemplo la infección gonococcica, siendo el germen casual la neiseria gonorrhoeae, diplococo gram negativo, siendo su habitat principal el cuello uterino y el único signo físico.

Puede ser la cervicitis manifestada por leucorrea purulenta abundante y sistematologica urinaria. La gonorrea ha pasado a ser una de las infecciones venéreas mas comunes tanto en la Unión Americana como en la República Mexicana, debido a los hábitos sexuales, promiscuidad y educación. Su tratamiento principal es a base de penicilina con sus alternativas como lo son la ampicilina, la espectinomocina y las tetraciclinas teniendo éxito hasta en un 98%. Otra infección que es muy frecuente en México es la causada por la tricomonas, enfermedad transmitida sexualmente, con frecuencia máxima entre los 16 y 35 años época de mayor actividad sexual. Un 25% de los pacientes es asintomática y el otro restante presenta problemas de secreción genital anormal y prurito encontrando al ser revisado eritema, edema, escoriaciones vulvares secreción genital anormal oscura espumosa y de olor desagradable en el cervix puede haber puntillero hemorrágico y esta lesión cervical se ha reportado hasta en un 90% de las pacientes. Se ha sugerido que la lesión cervical causada por tricomonas en forma crónica puede predisponer a la transformación maligna. El tratamiento efectivo es a base de metronidazol local y sistemático conjuntamente a la pareja sexual (6,7).

Otro tipo de infección corresponde a la producida por el Herpes Virus ocasionada por la variedad II del Herpes Hominis simple. La infección producida por este virus llamaba poco la atención hasta hace aproximadamente 20 años por su alta relación con el carcinoma cervical y es tan evidente que se puede considerar a la lesión ocasionada por Herpes como lesión premaligna.

Las lesiones son vesículas pequeñas que no sangran al romperlas son sensibles y pueden formar úlceras irregulares; el peligro de muerte fetal o infección neonatal, además de las recaídas que pueden ser de por vida lo convierten en problemas de suma importancia, mas cuando no se conoce un tratamiento específico, ya que únicamente esta encaminado a cortar el cuadro.

Otra infección mas, es la producida por la *Gardenella vaginalis* aunque aún hay duda acerca de si juega un papel importante como agente etiológico de cervico vaginitis, puesto que algunos autores la consideran asintomatica prueba de ello es el hecho de que se encontró *Gardenella* en el 53% de pacientes que no referían sintomatología alguna, se le considera como causante de infección cuando no se le puede atribuir a otros microorganismos como la *tricomona*, *cándida* u otros. En caso de considerarlo necesario se dará tratamiento con metronidazol. Una infección mas lo constituye la provocada por la *cándida Albicans* levadura que se ha podido encontrar también hasta en un 50% de mujeres sanas.

Por lo que se menciona que es saprofito y en condiciones especiales como el embarazo, la diabetes y el uso de inmunosupresores contribuyen a la proliferación de esta levadura su tratamiento específico es con Ketoconazol y controlar el factor que produjo su proliferación (9,10,11).

Hemos hecho mención de las cervico-vaginitis agudas a las que podemos identificar en un momento dado un agente causal y por ende dar un tratamiento específico cuando la entidad lo permite. Pero cuando el cuadro no cede los síntomas persisten y en la mayoría de los casos no se identifica un microorganismo específico, dando lugar a una cervico-vaginitis crónica que al igual que la aguda tiene sus interrogantes acerca de su origen y manifestaciones.

GENERALIDADES.

Cervicitis crónica implica antes que nada infección y se consideran las pacientes que tienen erosión o ectoprión enrojecidos porque existe solo una capa de epitelio glandular superficial muy delgada cubriendo el estroma cervical muy vascularizado, junto con frotis de la parte alta de la vagina que demuestra microorganismos o biopsia cervical que demuestra infiltración leucocítica (1).

Más del 60% de las multiparas presentan cervicitis durante algún período de su vida. Sin embargo no es motivo de consulta ya que la paciente no la advierte, sobre todo cuando se trata de personas con escasa cultura médica (2).

La causa de cervicitis crónica lo constituyen las infecciones agudas ya mencionadas así mismo tenemos factores predisponentes como lo es:

- a) Traumatismo posparto
- b) Traumatismo por maniobras cervicales
- c) Coito
- d) Excesiva secreción cervical
- e) Alteraciones acentuadas del pH vaginal
- f) Multiparidad
- g) Utilización del DIU

Existen diversos parámetros para hablar de un grado de erosión cervical, estudios anteriores han especificado que las lesiones van de 0.1 mm a 0.5 mm son leves, de 0.6mm a 1 cm son moderadas y más de 1cm son severas (15).

Desde el punto de vista patológico sabemos que en la cervicitis crónica existe un infiltrado de leucocitos mononucleares en el estroma cervical, por debajo del epitelio escamoso y junto a las glándulas endocervicales. El endocervix puede deslizarse en el interior de los pliegues papilares, cuyas cúspides están densamente infiltrados por leucocitos. Hay una proliferación de los capilares jóvenes y la superficie del epitelio esta ausente en la erosión (11).

En la eversión el epitelio columnar endocervical se extiende hacia el exterior.

Como resultado de inflamación o alteración hormonal, el epitelio columnar del endocervix puede ser reemplazado por el epitelio escamoso estratificado, las glándulas endocervicales pueden rellenarse con células escamosas. Este proceso se llama epidermización, metaplasia escamosa, prosoplasia e hiperplasia de células de reserva. La epidermización se refiere al crecimiento hacia arriba del epitelio escamoso reemplazado al epitelio columnar, la metaplasia escamosa implica una diferenciación de las células columnares en células escamosas dando lugar a un epitelio estratificado con células columnares y células basales de apariencia escamosa. La hiperplasia de células de reserva o prosoplasia implica el crecimiento de células subcolumnares cuboideas en la zona de transición escamo columnar (3). Las cuales conservan la bipotencialidad de diferenciarse en células columnares o en células escamosas. Las llamadas células de reserva pueden identificarse en el cervix de la niña y persisten a lo largo de toda la vida adulta.

Algunos autores han sugerido que estas células son importantes en la histogenesis del cáncer del cervix. Un hallazgo patológico menos frecuente es la hiperplasia adenomatosa, que consiste en un acumulo compacto de glándulas endocervicales tapizadas por epitelio cuboideo, en vez de por células columnares típicas. Esta lesión, que también afecta a las células de reserva subcilíndricas se ha observado en pacientes que toman contraceptivos esteroides orales dada la aparente inmadurez de las glándulas en este caso, la lesión puede confundirse con adenocarcinoma (3).

La cervicitis crónica es una alteración frecuente que esta presente en casi todas las mujeres multiparas. Pocos síntomas pueden considerarse específicos. El síntoma más común es una leucorrea vaginal mucopurulenta. El dolor pélvico de espalda la disparemia, no son frecuentes la leucorrea hemática en manchas o la hemorragia genital pos-lavado vaginal o pos-coital indican enfermedad cervical. Aunque este puede ser un síntoma de cervicitis es más frecuente que se asocie con enfermedad maligna que benigna del cervix; la infertilidad se debe en ocasiones a factores cervicales pero es difícil demostrar tal relación causal. Los hallazgos por visualización y palpación son más fiables que los síntomas que constituyen la base de partida para el diagnóstico (1).

El cervix puede ser hipertrófico y puede presentar desgarros únicos, bilaterales o múltiples puede observarse con frecuencia una leucorrea mucopurulenta incidiosa procedente del canal endocervical. La llamada erosión puede presentar diversos tamaños o formas pero generalmente tiende a ser irregular.

Los quistes de Naboth tienen aspecto azul presentándose como nódulos de 1 a 3 mm que hacen relieve sobre la superficie del cervix y se originan por la distensión mucosa de las glándulas o criptas endocervicales los desgarros cervicales curados con frecuencia exponen porciones del canal endocervical dando lugar a un área roja glandular conocida como eversión.

La erosión, eversión y ectropión comúnmente indican lesiones del exocervix cubierto por epitelio columnar (3).

La enfermedad cervical crónica puede ocasionar sensación de "blandura" en cervix y parametrios adyacentes al realizar el tacto vaginal. El examen microscópico del moco cervical ayuda al diagnóstico. El moco normal esta prácticamente libre de leucocitos; si hay inflamación crónica los leucocitos son abundantes. Es importante recalcar que todos estos hallazgos con frecuencia están presentes sin producir síntomas.

El carcinoma de cervix no suele presentarse en pacientes que no han padecido inflamación o irritación cervical crónica o que han recibido tratamiento adecuado de lesiones benignas del cervix (1,3).

El diagnóstico de la cervicitis se basa en el examen directo utilizando el espejo vaginal. Es necesario practicar una citología vaginal para descartar la existencia de un proceso maligno; cuando resulte del III de papanicolaou, catalogada como sospechosa (NIC 11) debe repetirse el examen después de aplicado el tratamiento específico.

En el resultado es dudoso se repite se indica un biopsia cervical dirigida o un conización cervical (2).

Los hallazgos por visualización, palpación y los antecedentes son definitivos para elaborar el diagnóstico. El cervix puede ser hipertrófico y puede presentar desgarros únicos o múltiples; puede observarse con frecuencia una secreción genital mucopurulenta insidiosa procedente del canal endocervical; puede haber áreas rojizas en la proximidad del orificio cervical, ocasionalmente esta desprovisto de epitelio escamoso. La llamada erosión puede presentar diversos tamaños y formas pero generalmente tiende a ser irregular. Los quistes de Naboth se presentan como nódulos de 1 a 3 mm que hacen relieve sobre la superficie del cervix que se originan por la distensión mucosa de las glándulas o criptas endocervicales. Los desgarros cervicales con frecuencia exponen una área rojiza granular conocida como eversión. La erosión e versión y ectropión comúnmente indican lesiones del endocervix. La enfermedad cervical crónica puede ocasionar sensación de blandura en cervix y parámetros. El moco normalmente está libre de leucocitos y cuando hay cervicitis crónica los leucocitos suelen ser abundantes. Es importante señalar que todos estos síntomas están presentes sin que la paciente refiera síntomas (6,7,11,15).

La colposcopia es un excelente procedimiento diagnóstico en estos casos aunque por desgracia no se cuenta con este recurso en todos los consultorios.

No obstante que actualmente es una patología rara es necesario descartar la tuberculosis cervical, la cual produce lesiones hiperplásicas que pueden confundirse con el cáncer cervical. Se diagnóstica mediante biopsia de la cervix.

La importancia de la cervicitis en general radica en que constituye un factor etiológico de esterilidad y predispone para el carcinoma cervico uterino (2,4).

El tratamiento y como realizarlo es en cierto modo un problema filosófico. Se esta de acuerdo en que una paciente con síntomas causados por un cervix enfermo debe ser tratada. Puesto que parece existir una relación entre la enfermedad cervical benigna y la subsiguiente neoplasia maligna muchos clínicos amplían su política de tratamiento incluso en aquellos casos de cervix enfermo aunque no produzca síntomas hasta que la cervix quede completamente cubierta con epitelio escamoso sano (11,13).

Lógicamente el tratamiento de la enfermedad cervical crónica comienza por su prevención. La atención cuidadosa de la paciente obstétrica, la reparación inmediata de los desgarros cervicales en el momento del parto y el cuidadoso tratamiento del cervix posparto, reduce la incidencia de la cervicitis crónica. La mejor oportunidad para tratar el cervix es en el examen de control de pos-parto. Antes de realizar el tratamiento, deben tomarse las medidas adecuadas para excluir los procesos malignos. Debe realizarse en el primer estudio de las células cervicales, la aplicación de solución yodada al cervix (test de Shiller) y biopsiar las zonas ulceradas o Shiller positivas (6,9).

Durante el embarazo y en el puerperio puede bastar con el uso de lavados o jaleas vaginales ya que estas lesiones suelen curar por mecanismos de reparación fisiológica. Los antibióticos tienen un valor limitado y solo indican su administración cuando existe infección asociada al endometrio o parametrio (11).

Las cremas vaginales que contienen sulfamidas pueden usarse si la leucorrea es portadora de numerosos leucocitos y bacterias demostrables. Si la enfermedad crónica cervical coincide con alteraciones vaginales atroficas posmenopausicas deben prescribirse aplicaciones topicas con estrogenos son pues eficaces en estos casos los ovulos o cremas de estrógenos.

Cuando los tratamientos convencionales no han dado resultado se han sugerido otro tipo de tratamientos como los físicos y químicos, que su finalidad es destruir por cauterización el tejido enfermo, para ser reemplazado por tejido sano y restablecer el equilibrio ácido básico, como agentes químicos se han utilizado nitrato de plata en aplicación directa 2 veces por semana (17).

El ácido metacresol sulfónico y por ser el principal protagonista de nuestro estudio lo mencionaremos con más detalle.

Es un método que ha reportado beneficios hasta de un 95% de los casos, tiene la ventaja de conservar la fertilidad de la paciente no tiene efectos secundarios importantes, es de fácil manejo, es seguro, económico, no requiere anestesia ni hospitalización y un cérvix granular de aspecto normal puede convertirse en un cérvix que semeja el de una nulípara.

Químicamente es un polímero de condensación del ácido metacresol sulfónico con metanal que actúa como caustico leve sobre el epitelio cilíndrico, al cual destruye por acción proteolítica por precipitación y necrosis (16).

Los Doctores Stoll y Pollman de la clínica ginecológica de Heidelberg a cargo del Profesor H. Rusge observaron las modificaciones que sufrían las células cilíndricas en forma selectiva así como ligeras modificaciones en las células pavimentosas observó colposcopicamente y microscópicamente, así como colpomicroscópicamente e histiológicamente las modificaciones nucleares y citoplasmáticamente posterior a la aplicación de la solución del Albothyl.

Colposcopicamente; inmediatamente después de la aplicación del albothyl, la secreción que recubre el ectocervix se coagula formando una masa viscosa blanquecina, opalescente. Si el epitelio pavimentoso se haya alterado por una inflamación, la coagulación se adhiere firmemente dando la impresión visual de una verdadera membrana. Este mismo aspecto se observa sobre el epitelio cilíndrico ectópico, aunque mucho más marcado de tal manera que puede notarse el límite entre ambos epitelios. Esta lámina blanquecina puede permanecer durante días y esta es la capa protectora contra la secreción vaginal, la que protege la regeneración epitelial que se efectúa por debajo de la misma. Una vez transcurrido este tiempo, queda el epitelio en regeneración es decir una zona de transformación que debe ser protegida de una infección y sobre todo activar la neoformación mediante medicamentos que contengan estrógenos (18).

El moco cervical también coagula formando un verdadero tapón sólido que en los posteriores controles puede ser retirado.

En resumen se puede observar que este medicamento ataca solamente el epitelio cilíndrico y al pavimentoso joven o en regeneración pero no así al epitelio pavimentoso maduro. Otra de sus acciones importantes son: bacteriostático y bactericida por su elevada acidez 0,6, así como también una acción hemostática.

Su forma de aplicación y técnica sugeridos es la siguiente. Nuestro método consistió en aplicaciones locales en forma de tópico; mediante un torunda con gasa empapado en la solución de albothyl eliminando previamente toda secreción cervical; luego se realiza el tratamiento propiamente dicho; la gasa embebida con solución se deja 2 a 3 minutos en contacto con la lesión repitiéndola una o dos veces por semana durante 2, 3, 4, semanas. Al ponerse en contacto el agente hiperácido con el epitelio cilíndrico para el cual es selectivo se produce una coagulación superficial quedando una membrana blanquecina similar a la electrocoagulación.

Como agentes físicos se ha utilizado la electrocoagulación, por algún tiempo constituyo el tratamiento tradicional por algunas escuelas, posterior a la quemadura efectuada.

También otro agente físico que se puede utilizar lo constituye la criocirugía a la cual se le han comprobado resultados excelentes en otros padecimientos cervicales, actualmente el método que se esta utilizando el rayo laser.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los grandes retos a los que se enfrenta el médico familiar y el ginecólogo es a la cervicitis aguda secundaria a diversas etiologías de las cuales solo un 60% son identificadas y por ende tratadas adecuadamente, el resto persiste como cervicitis crónica motivo de consulta en forma constante.

Algunas publicaciones han referido que hasta el 18% de la consulta ginecológica es por cervicitis crónica.

Hasta hace algunos años el tratamiento consistía en la aplicación de medicamentos tópicos, sin embargo el electrocauterio, la crioterapia y actualmente el rayo láser son utilizados con diversos resultados, de alguna forma el tratamiento esta limitado al segundo nivel lo cual limita al médico familiar, por lo que éste debe buscar una opción para tratar de solucionar el problema en el primer nivel.

JUSTIFICACION

La cervicitis crónica como una de las grandes patologías ginecológicas requiere de un tratamiento oportuno y eficaz, lo cual solamente es realizado en el segundo nivel a través de la crioterapia o rayo láser, sin embargo en forma muy frecuente esta opción es a largo plazo.

Esto nos lleva a la necesidad de buscar un tratamiento a corto plazo que puede ser utilizado en primer nivel como es la aplicación del ácido metacresol sulfónico con metanal (albothyl) y en base a los resultados obtenidos mejorar la atención que como médico familiar debemos ofrecer a los pacientes,

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto del ácido metacresol sulfónico con metanal en cervicitis crónica como tratamiento.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a) Detectar la frecuencia de la cervicitis crónica en mujeres con vida sexual activa.
- b) Determinar por grado el tamaño de la lesión cervical.
- c) Identificar la relación entre cervicitis y el uso de DIU.
- d) Determinar la relación entre cervicitis crónica y el número de embarazos.
- e) Identificar la respuesta en tiempo en mujeres con cervicitis crónica al ácido metacresol sulfónico con metanal.

METODOLOGIA

TIPO DE INVESTIGACION

De acuerdo a la clasificación de Lilienfield el tipo de investigación, es un estudio prospectivo, longitudinal descriptivo y observacional.

POBLACION LUGAR Y TIEMPO

Las unidades de observación serán mujeres con un rango de edad de los 15 a los 49 años de edad que acudieron a la Clínica Nezahualcoyotl del ISSSTE de consulta externa de la ciudad de México D.F., en los meses de febrero a octubre de 1994, en que se hizo la captación de datos de las pacientes que presentaran cervicitis con los criterios de inclusión y no tuvieran los criterios de exclusión.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Se estudiaron 250 mujeres derechohabientes del ISSSTE adscritas a la Clínica de M.F. de la Clínica Nezahualcoyotl.

TAMANO DE LA MUESTRA

Las pacientes con las que se trabajo fue por medio de una muestreo aleatorio con cuotas hasta completar un total de 250 pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSION EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) -Que deseen cooperar con el estudio
- 2) -Mujeres de 15 a 49 años
- 3) -No se estén aplicando medicamentos vaginales
- 4) -Mujeres sexualmente activas
- 5) -Mujeres que usen o no DIU
- 6) -Que hayan tenido uno o mas hijos
- 7) -Que no estén embarazadas
- 9) -Que su D.O.C. sea negativo

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) -Que no deseen cooperar con el estudio
- 2) -Mujeres menores de 15 años o mayores de 50
- 3) -Mujeres que no sean sexualmente activas
- 4) -Mujeres que estén embarazadas
- 5) -Que su D.O.C. sea positivo o curse algún proceso infeccioso

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1) -Hemorragia uterina
- 2) -Que se retiraron del estudio
- 3) -Que no terminaron el tratamiento
- 4) -Que se hayan embarazado
- 5) -Que sean V.I.H. positivas

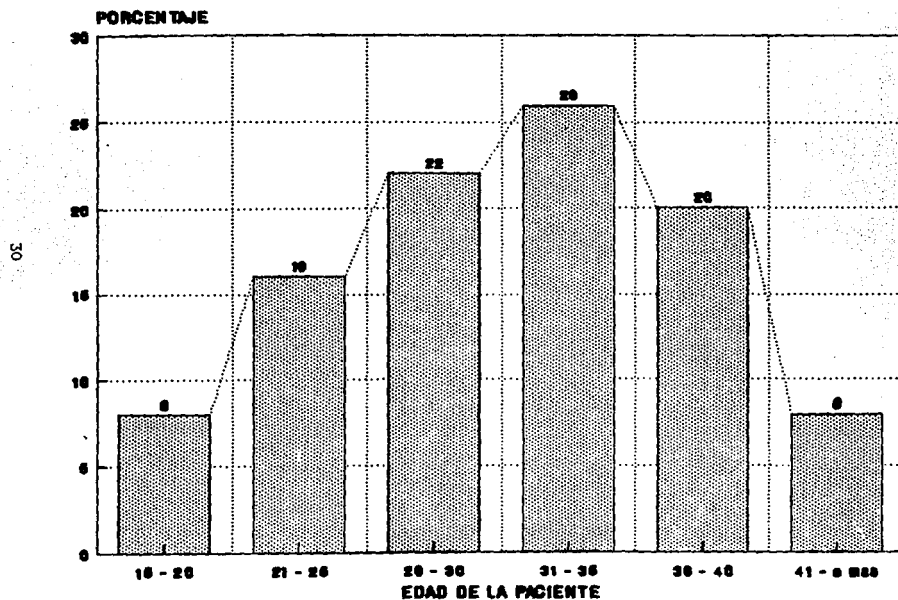
GRAFICAS y CUADROS de RESULTADOS

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD		
EDAD DE LOS PACIENTES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
15 - 20	20	8 %
21 - 25	40	16 %
26 - 30	55	22 %
31 - 35	65	26 %
36 - 40	50	20 %
41 - 45	20	8 %
TOTAL	250	100 %

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS 1994

CUADRO 01

DISTRIBUCION DE MUJERES DE ACUERDO SU EDAD



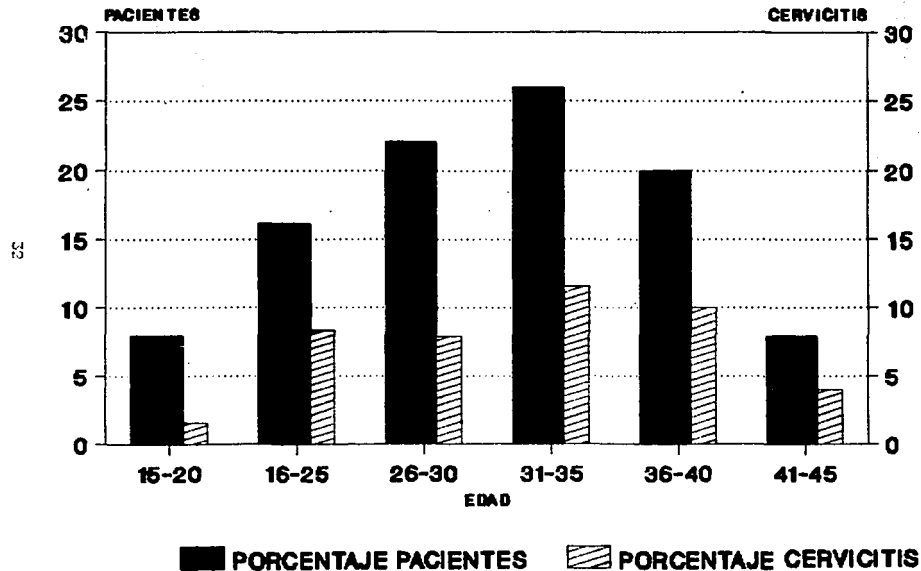
FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

GRAFICA 01

NUMERO DE PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA				
PACIENTES EN ESTUDIO			CERVICITIS	
EDAD	NUMERO DE PACIENTES	POROCENTAJE	CERVICITIS	POROCENTAJE
16-20	20	8	4	1.8
21-25	40	16	21	5.4
26-30	66	22	20	8
31-35	66	28	28	11.8
36-40	60	20	26	10
41-45	20	8	10	4
	260	100%	100	43.8%

31

NUMERO DE PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA



FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

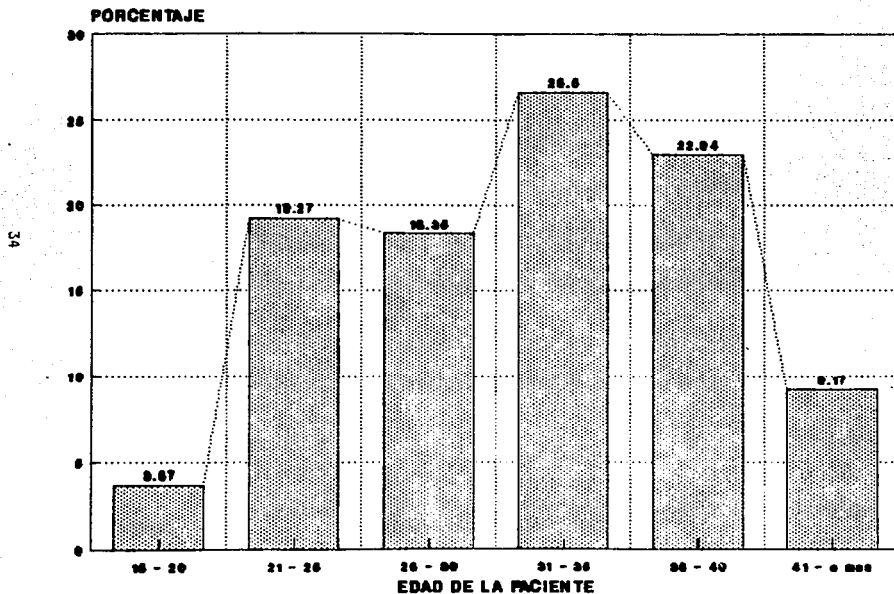
GRAFICA 02

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL GRUPO DE EDAD QUE PRESENTARON CERVICITIS CRONICA EN EL ESTUDIO		
EDAD DE LOS PACIENTES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
16 - 20	04	3.67 %
21 - 25	21	19.27 %
26 - 30	20	18.38 %
31 - 35	29	26.60 %
36 - 40	25	22.94 %
41 - 45	10	9.17 %
TOTAL	109	100 %

FUENTE: Cedula de recoleccion de datos 1994

CUADRO 68

PACIENTES EN ESTUDIO CON CERVICITIS CRONICA DE ACUERDO A SU EDAD



FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

GRAFICA 03

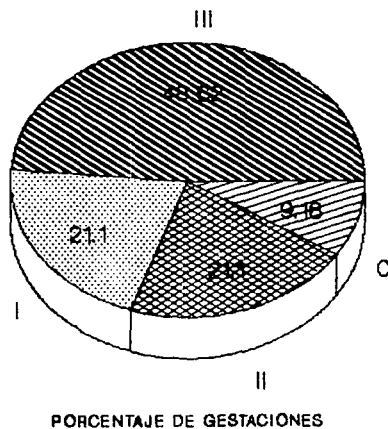
CERVICITIS CRONICA DE ACUERDO AL NUMERO DE GESTACIONES		
GESTAS	NUMERO	PORCENTAJE
0	10	9.18 %
I	23	21.10 %
II	23	21.10 %
III +	53	48.62 %

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS 1994

CUADRO 04

NUMERO DE GESTACIONES DE LAS PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA

36



GRAFICA 04

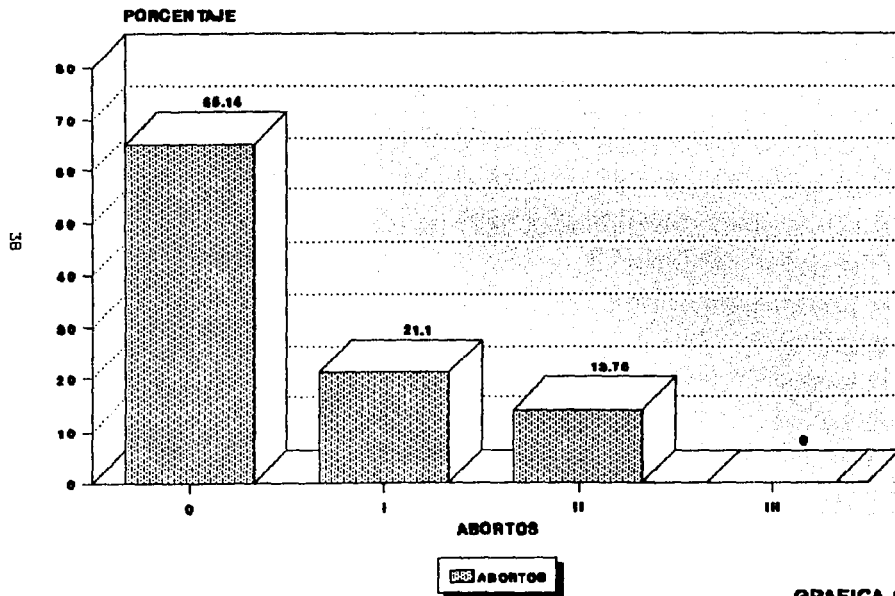
FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

CERVICITIS CRONICA DE ACUERDO AL NUMERO DE ABORTOS		
ABORTOS	NUMERO	PORCENTAJE
0	71	61.14 %
I	23	21.10 %
II	15	13.76 %
III	0	0 %

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS 1994

CUADRO 05

NUMERO DE ABORTOS DE LAS PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA



FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

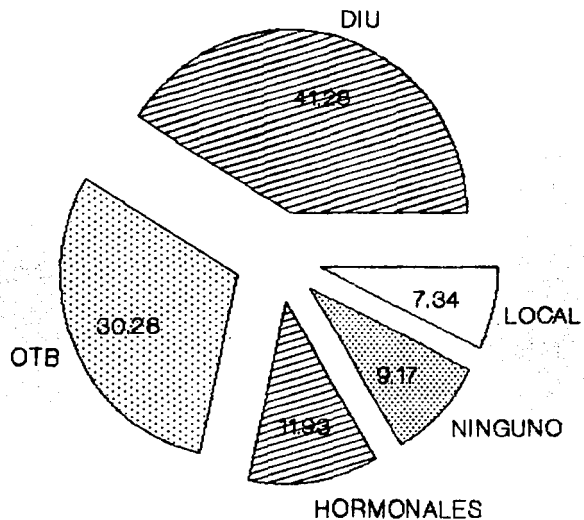
GRAFICA 05

CERVICITIS CRONICA DE ACUERDO AL METODO ANTICONCEPTIVO		
ANTICONCEPTIVO	NUMERO DE PRESENTES	PORCENTAJE
DIU	46	41.28 %
OTB	33	30.28 %
HORMONALES ORALES	13	11.93 %
APOYO (PRESERVATIVO)	8	7.34 %
RITMO	10	9.17 %

FUENTE: Cedula de recolección de datos 1994

CUADRO 66

CONTROL ANTICONCEPTIVO DE LAS PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA



40

FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

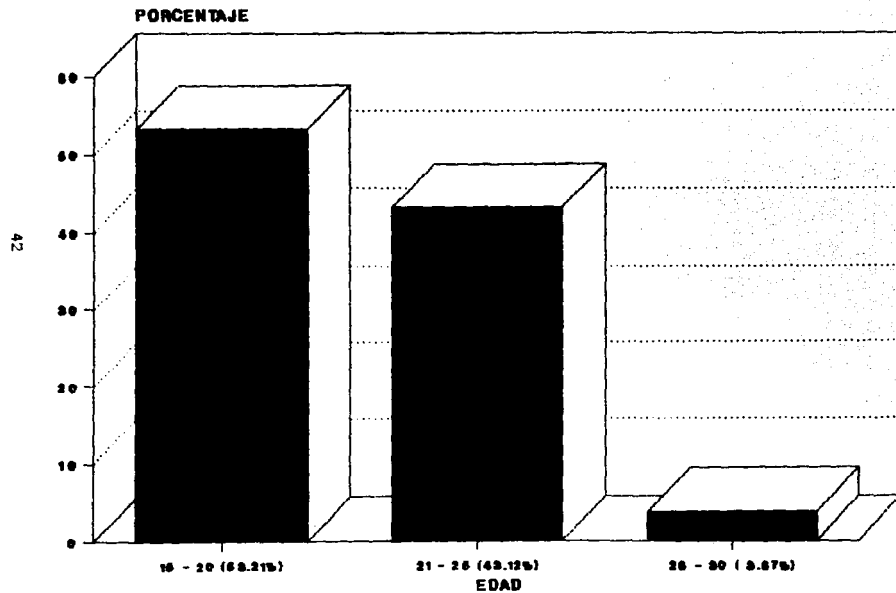
GRAFICA 06

CERVICITIS CRONICA DE ACUERDO AL INICIO DE LA V. S. A.		
EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
15 - 20	58	53.21 %
21 - 25	47	43.12 %
26 - 30	4	3.67 %

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS 1994

CUADRO 07

INICIO DE V. S. A. DE LAS PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA



FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

GRAFICA 07

CERVICITIS CRONICA DE ACUERDO AL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES		
NUMERO DE PAREJAS	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
I	60	55.04 %
II	30	27.52 %
• de II	19	17.44 %

FUENTE: CREDULA DE RECOLECCION DE DATOS 1994

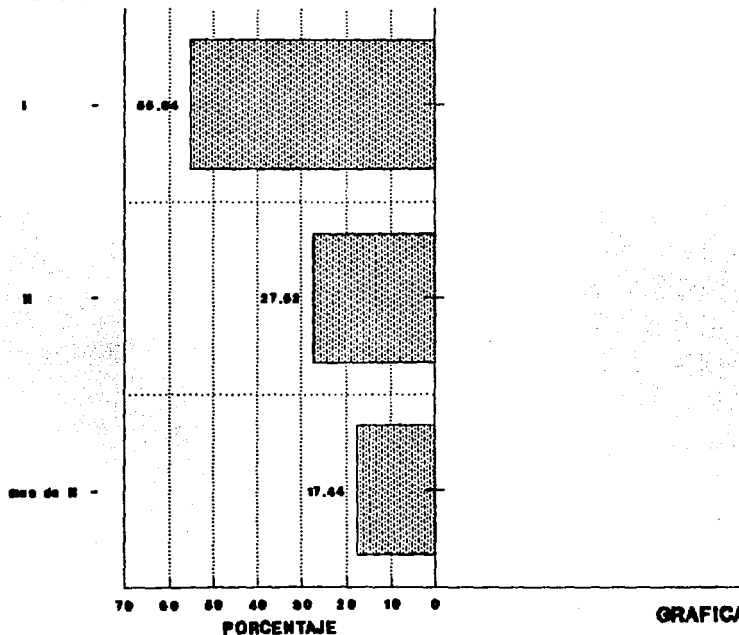
CUADRO 88

DISTRIBUCION DE DATOS DE ACUERDO AL NUMERO DE PAREJAS SEXUALES CON CERVICITIS CRONICA

NUMERO DE PAREJAS

FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

44



GRAFICA 08

**DISTRIBUCION DE DATOS DE ACUERDO A LA
RESPUESTA AL NUMERO DE APLICACIONES DE
METACRESOL SULFONICO CON METANAL (ALBOTHYL)**

NUMERO DE APLICACIONES	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
IV	7	6.42 %
III	52	47.71 %
II	50	45.87 %
I	0	0 %

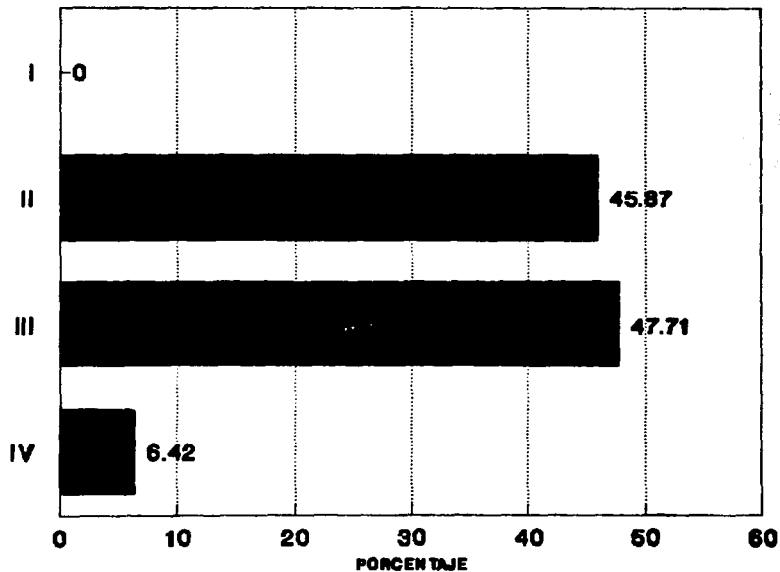
FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS 1994

CUADRO 09

RESPUESTA AL NUMERO DE APLICACIONES AL ACIDO METACRESOL SULFONICO CON METANAL

APLICACION

46



FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

GRAFICA 09

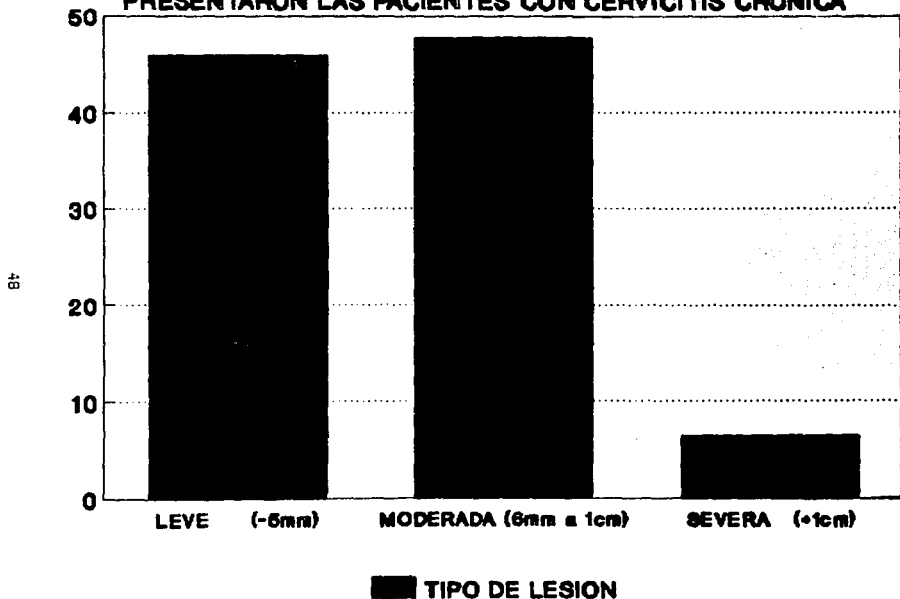
**DISTRIBUCION DE DATOS DE ACUERDO AL TIPO
DE LESION QUE PRESENTARON LAS PACIENTES
CON CERVICITIS CRONICA**

TIPO DE LESION	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE
LEVE (-6mm)	50	45.87 %
MODERADA (6mm) a (7mm)	52	47.71 %
SEVERA (+8mm)	7	6.42 %

FUENTE: Cedula de recoleccion de datos 1994

CUADRO 10

**DISTRIBUCION DE DATOS DE ACUERDO AL TIPO DE LESION QUE
PRESENTARON LAS PACIENTES CON CERVICITIS CRONICA**



FUENTE: CEDULA RECOLECCION DE DATOS 1994

GRAFICA 10

DEFINICION DE VARIABLES

NOMBRE	_____	NUMERO DE GESTAS	_____
INICIO DE V.S.A.	_____	SEXO	_____
NUMERO DE PACIENTE	_____	CEDULA	_____
NUMERO DE APLICACIONES	_____	D.O.C. (-) ó (+)	_____
GRADO DE CERVICITIS	_____	NUMERO DE ABORTOS	_____

.3 cm _____ 1.^{er} GRADO _____

.6 cm a 1 cm _____ 2.^{do} GRADO _____

+ de 1 cm _____ 3.^{er} GRADO _____

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES _____

EDAD DE LA PACIENTE _____

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE	_____	NUMERO DE BESTAS	_____
INICIO DE V.S.A.	_____	SEXO	_____
NUMERO DE PACIENTE	_____	CEDULA	_____
NUMERO DE APLICACIONES	_____	D.O.C. (-) ó (+)	_____
GRADO DE CERVICITIS	_____	NUMERO DE ABORTOS	_____

.5 cm _____ 1^{er} GRADO _____

.6 cm a 1 cm _____ 2^{do} GRADO _____

+ de 1 cm _____ 3^{er} GRADO _____

NUMERO DE COMPANEROS SEXUALES _____

EDAD DE LA PACIENTE _____

RESULTADOS

De acuerdo al grupo de edad de nuestras 250 mujeres estudiadas se encontró que 20 de ellas (8%) correspondían al rango de edad de los 15 a 20 años, 40 pacientes (16%) al de 21 a 25 años, 55 pacientes (22%) al de 26 a 30 años de edad, 65 pacientes (26%) entre 31 a 35 años de edad, 50 pacientes (20%) entre los 36 a 40 años y 20 (8%) entre los 41 a 49 años. (CUADRO 01, GRAFICA 01)

De las 250 pacientes solo 109 resultaron con cervicitis crónica que sería 43.63% (CUADRO 02, GRAFICA 02)

Se observo que 4 de ellas corresponden a las edades de 15 a 20 años (3.67%), 21 mujeres al grupo de 21 a 25 años (19.27%), 20 mujeres al grupo de 26 a 30 años (18.35%), 29 mujeres al grupo de 31 a 35 años (26.60%), 25 mujeres entre los 36 a 40 años (22.94%) y 10 de los 41 a 49 años (9.17%) (CUADRO 03, GRAFICA 03)

De las 109 pacientes que se encontraron con cervicitis crónica 10 de ellas eran nulíparas (9.18%), 23 pacientes tenían como antecedente solo una gesta (21.10%), 23 pacientes eran gesta dos (21.10%) y finalmente 53 pacientes se encontraron con tres o mas gestaciones (48.62%). (CUADRO 04, GRAFICA 04)

En relación al numero de abortos de nuestros 109 pacientes se encontró que 71 de ellas no habían abortado (61.14%), 23 de ellas habían tenido un solo aborto (21.10%) y 15 de ellas presentaban dos abortos (13.76%) (CUADRO 05, GRAFICA 05)

De acuerdo al control anticonceptivo que llevaban las 109 pacientes se encontró que 45 mujeres utilizaban el DIU (41.28%), 33 pacientes ya habían sido intervenidas quirúrgicamente DTB (30.28%), 13 de ellas utilizaban hormonales orales (11.93 %), 8 pacientes utilizaban apoyo (preservativos) (7.34%), las 10 restantes no llevaban ningún control (9.17%) (CUADRO 06, GRAFICA 06)

En cuanto al inicio de la V.S.A. se encontró que 58 pacientes (53.21%) la iniciaron durante el periodo de los 15 a 20 años, 47 pacientes entre los 21 a 25 años (43.12%) y finalmente 4 de ellas la iniciaron entre los 26 y 30 años (3.67%) (CUADRO 07, GRAFICA 07)

Respecto al número de parejas sexuales se observó que 60 pacientes contaban con una sola pareja sexual (55.04%), 30 pacientes tenían 2 parejas sexuales (27.52%), 19 pacientes tenían más de dos parejas (17.44%) (CUADRO 08, GRAFICA 08)

En relación a la respuesta de nuestras 109 mujeres al número de aplicaciones de metacresol sulfónico con metanal (albothil), en solución se encontró que 7 pacientes (6.42%) respondieron al 100% a la cuarta aplicación; 52 pacientes (41.71%) con respuesta a la tercera aplicación y 50 pacientes respondieron a la segunda aplicación (45.87%) la respuesta a la primera aplicación fue nula (CUADRO 09, GRAFICA 09).

Con respecto al tipo de lesión que presentaron se encontró que 50 pacientes (45.87%) tenían lesión leve (-0.5mm), 52 pacientes (47.71%) presentaban una lesión moderada (0.6mm a 1 cm) y 7 pacientes (6.42%) presentaban una lesión severa ($+1\text{cm}$) (CUADRO 10, GRAFICA 10)

ANALISIS DE RESULTADOS

En nuestro estudio, de acuerdo a la presentación de cervicitis crónica, la edad mínima oscilo entre 15 a 25 años y la máxima entre 35 a 49 años respectivamente. En cuanto al número de gestaciones, las multigestas presentaron en mayor frecuencia el padecimiento que las primigestas.

El antecedente de aborto no tuvo importancia significativa. En relación con la planificación familiar la incidencia de cervicitis crónica fue significativa con el uso de DIU como método de control (41.28%), en comparación con los otros métodos establecidos.

Por otra parte aumenta la incidencia del padecimiento con el inicio temprano de la vida sexual activa. En nuestro estudio se obtuvo 53.21 % de las pacientes con edad de inicio de 15 a 20 años. También esta documentado el aumento de infecciones cervicovaginales y el desarrollo de CaCu en pacientes que tienen mayor numero de parejas sexuales, concomitantemente con la falta de higiene, hacinamiento y promiscuidad.

Los mejores resultados obtenidos en el presente trabajo fueron con el uso de 3 aplicaciones cervicales del producto ácido metacresol sulfónico con metanal (albothyl), siendo del orden de 41.76 %. La respuesta con 2 aplicaciones fue del 45.78 % y con una sola aplicación fue nula.

En relación al tipo de lesión encontrada la mayor incidencia fue leve (-5mm), 47.71% y la de menor incidencia fue la severa (+1cm) correspondiente al 6.42 %.

CONCLUSIONES

La cervicitis es una alteración frecuente en la práctica ginecológica, los signos clínicos habituales son ambiguos pero el diagnóstico suele ser simple si se siguen lineamientos básicos.

La citolisis de Doderline se asocia a descamación masiva de células epiteliales, que da lugar a flujo y prurito. Este flujo puede ser delgado y acuoso o grueso y grumosos. El lactobacilo produce una enzima que digiere el glucógeno de las células epiteliales intermedias para formar ácido láctico e incluso etano como productos intermedios, dando como resultado una leucocitosis presentando posteriormente una cervicitis.

En nuestro estudio existen factores importantes que van a alterar el curso clínico de la cervicitis crónica, como son; el inicio temprano de la vida sexual activa, el uso del DIU como método de control de la natalidad, la multiparidad el aumento de parejas sexuales haciendo promiscuidad etc.

Es importante realizar promociones en cuanto a la detección y tratamiento adecuado de infecciones cervicovaginales, tomas regulares de papanicolaou, uso de preservativos, etc., todo esto encaminado a disminuir la morbilidad del padecimiento.

Las pacientes que fueron sometidas a tratamiento de cervicitis crónica con ácido metacresol sulfónico con metanal presentan mejoría en cuanto a reepitelización en un 100% aunque variaron en el número de aplicaciones, esto básicamente es explicado por la hiperemia que ocasiona la sustancia provocando regeneración tisular local, con lo cual podemos observar que es un tratamiento que se puede llevar a cabo en el primer nivel de atención.

Finalmente es importante valorar el curso clínico del padecimiento y derivar a la paciente al manejo especializado, cuando es paciente multitratada o rebelde al tratamiento o con alteraciones que requieren el uso de otro método más agresivo como electrofulguración, crioterapia, láser, conización, histerectomía, etc. Para brindarle una mejor calidad de vida a nuestras pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- 1> COLLINS R. J.
-Cryosurgery for benign cervicitis with follow up of six and half years
An J Obstet Gynecol 1992 113(6);744-50

- 2> TOOMEY KE BARNES R. C.
-Treatment of Chlamydia trachomatis genital infection
Rev Infect Dis 1990;12 (supp 16):645-55

- 3> SANDERS L Jr., - HARRISON HR WASHINGTON AE
-Treatment of Sexually trasmitted infections
JAMA 1991;255:1750-6

- 4> MICHEL EDWARD PAMSON
-Cervicitis Clínicas Obstétricas y Ginecológicas
1990 195;201

- 5> Dr. ALFONSO DE LA GARZA BENITEZ
-Criocirugia en el manejo de las displasias cervicales
Tesis Profesional H.G. Tacuba 1986

- 6> RAMIRO REYNA - DARIO BONZALEZ
-Tratamiento de la cervicitis crónica con electrocoagulación vs criocirugia ginecológica y obstetricia de México
1990 vol 54 pag 269-73

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 7> OBSTERGAARD DR TONSED DE HIROSED F.M.
-*Treatment of Chronic Cervicitis by Cryotherapy*
Am J. Obstet Gynecol 1991; 102(3) 462-32
- 8> COB SOSA C.E. - IMPRESIONES MODERNAS S.A.
-*Exploración Ginecológica en Niñas*
Nueva guía para el diagnóstico y tratamiento del
paciente pediátrico 1983,34;383
- 9> CHEN S.K. ANSEL R. ESCHENBACH
-*Biochemical Diagnosis of Vaginitis; Determination of Vaginal
Fluid J. Infect*
Dis 145:337 1982
- 10> GINSBURG, M.C.
-*Group A Streptococcal Vaginitis in Children Pediatr Infect*
Dis 1982:1:36
- 11> FLUMMAN, C.F.
-*Histogenesis of acquired erosion of the cervix uteri*
Am J. Obstet Gynecol 82: 970.1984.
- 12> KYAKOS M. KEMPSON R.L. KONIKOV
-*N.F. A Clinical and pathologic study of endocervical lesions
associated with oral contraceptives*
Cáncer 22:99.1985.

- 13> PEREZ DE SALAZAR, J.L. - DIAZ LOYA F DE J - GARCIA MENDOZA M
 -El efecto tricomonocida, fungicida y bactericida del polimerizado del ácido metacresol sulfónico con metanal en cervico vaginitis
 Ginecología y Obstetricia de México vol. 51.310;1983
- 14> RUBEN APELO M.D. AND RAFAEL F. CUNANAN
 -Clinical experience with albothyl in the treatment of leucorrhoea
 Philippine Journal of Obstetrics Gynecology vol. 11 No. 2 may-aug, 1978
- 15> NIKY REKSOPRODJO M.D.
 -Clinical Trial with Albothyl
 Presented at the Upgrading Course for Midwives during the VIIth Congress of the Indonesian Midwives Association in Jakarta - june 1978
- 16> Dra. ENCILIA GARRARA DE SILVA - Dr. ZENON GONZALEZ R.
 -Nuestra experiencia en el tratamiento de las ectopias con cauterización química (Albothyl)
 Rev. Parag. Gin. Obs. 14 84(1986)
- 17> U SIEKMANN - U BAIKMAN
 -Prospective randomized double-blind comparative study vaginal applied Albothyl and metronidazole in bacterial vaginosis
 International Journal of Experimental and Clinical Chemoterapy, vol. 3, No. 1990(pp1-9)

- 18> Dr. JOSE LUIS PEREZ DE SALAZAR - Dr. FLORENCIO DE JESUS DIAZ LOYA
-El efecto tricomonocida fungicida y bactericida del polimerizado
del ácido metacresol sulfónico con metanol cervico vaginitis
Rev. Ginecología y Obstetricia de México, vol. 51, No.
3, 10/feb/1983