

11217
121
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Central Sur de Alta Especialidad
P E M E X

INFECCION DEL APARATO GENITAL FEMENINO
POR VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO
DURANTE EL EMBARAZO.

T E S I S
Que para obtener el Grado de Especialista en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
p r e s e n t a
Dra. Ma. de Lourdes Rios Gracia



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1 9 9 3



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.

INDICE

1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES.....	3
3.- DEFINICION DEL PROBLEMA.....	9
4.- JUSTIFICACION.....	10
5.- OBJETIVOS.....	11
5.1 GENERALES.....	11
5.2 ESPECIFICOS.....	11
6.- HIPOTESIS.....	11
7.- METODOLOGIA.....	12
7.1 DISEÑO DE INVESTIGACION.....	12
7.2 DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA.....	12
7.3 DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO.....	12
7.4 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION.....	12
7.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	12
7.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	12
7.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	12
7.4.4 UBICACION DE ESPACIO TEMPORAL.....	12
7.5 DISEÑO ESTADISTICO.....	13
7.5.1 MARCO DE MUESTREO.....	13
7.5.2 UNIDAD ULTIMA DE MUESTREO.....	13
7.5.3 METODO DE MUESTREO.....	13
7.5.4 TAMAÑO DE MUESTRA.....	13
7.6 DEFINICION DE VARIABLES Y ESCALAS.....	14
7.7 RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS.....	14
7.8 ETICA.....	17
8.- RESULTADOS.....	18
9.- DISCUSION.....	19
10.- CONCLUSIONES.....	23
11.- ANEXOS. (CUADROS Y GRAFICAS).....	24
12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32

1.- INTRODUCCION.

El Virus del Papiloma Humano, ha tomado un lugar importante en las infecciones de genitales femeninos, a nivel mundial, es una gran preocupación, ya que se ha visto que diversos serotipos de éste virus tienen potencial oncogénico y durante el embarazo ocurre el riesgo de una transmisión materno-fetal.

Vale la pena remarcar que el estado inmunológico que la paciente embarazada guarda, le hace susceptible de que las lesiones debidas al virus del Papiloma Humano proliferen y en ocasiones inclusive se vuelvan un obstáculo para un parto.

Por otro lado, el feto corre el riesgo de desarrollar papilomatosis laríngea, trastorno que habitualmente se manifiesta hasta la segunda década de la vida y cuyo tratamiento es especialmente difícil y delicado. Esta enfermedad es adquirida al pasar por el canal del parto contaminado por virus del papiloma, pero existen publicaciones por Jen Tseng Chih¹² que sugieren un posible paso transplacentario del virus, cuya trascendencia en el futuro estado de salud es incierta.

Se ha propuesto que en los casos de infección genital por virus del Papiloma Humano deba interrumpirse el embarazo a término por vía abdominal para disminuir el riesgo potencial de papilomatosis laríngea en el producto, se considera que solo los serotipos 6 y 11 son los que están estrechamente relacionados a dicha infección. Tomando en cuenta el número de serotipo de virus del Papiloma Humano, así como su potencial infeccioso, se calcula que el riesgo real de un producto de padecer papilomatosis laríngea en presencia de infección por el virus del Papiloma Humano oscila en el rango de 1 en 1000 a 1 en 1500².

Tomando en cuenta este bajo riesgo de infección así como la posibilidad de paso transplacentario del virus, el enfoque "resolutivo" de efectuar cesárea en las mujeres embarazadas afectadas por ésta infección, es poco racional y se considera mucho más conveniente poder lograr la detección de dicha infección en etapas tempranas en el embarazo para poder efectuar así procedimientos terapéuticos durante la gestación, lo cual además de ser sencillo es seguro y efectivo.

2.-ANTECEDENTES.

La infección del aparato genital femenino por el virus del papiloma humano, se ha convertido en la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en los Estados Unidos de América y Europa.¹

Las verrugas genitales -una de las manifestaciones de las infecciones genitales por virus del papiloma humano, se han reconocido como enfermedad venérea desde los viejos tiempos de Grecia y Roma. Fueron los griegos quienes utilizaron el nombre de "condiloma".²

Walesch en 1917 logró el inóculo en humanos en material no infiltrado de condilomas y observó un período de incubación de 6-8 meses. En 1923 Sera y cols. demostraron el origen viral al inocular a voluntarios con material filtrado.

En 1969 se pudo identificar al virus con el microscopio electrónico, como partículas icosaédricas con un diámetro entre 45 y 55 nanómetros, constituidos por 72 capsómeros.

Corresponde al grupo de los Papovavirus o Virus Papova²⁻¹⁶, nombre derivado de las iniciales Papiloma, Polioma y Vacuolizantes simianos. Los virus del Papiloma Humano (VPH) son patógenos para el hombre, produce un amplio espectro de cuadros clínicos, tumores de epitelio escamoso, lesiones en epitelio plano, leucorrea con ó sin cervicitis, dispareunia ó bien ausencia de signos clínicos.

Se conocen a la fecha más de 60 serotipos de Papiloma Virus, los tipos 11, 16, 18, 31, 33 y 39 son los relacionados con afecciones genitales.⁴⁻¹⁵

El período de incubación varía entre 6 semanas a 8 meses después del contagio. La papilomatosis laríngea ha puesto en evidencia períodos de incubación más prolongados. Es importante tener en consideración el autoinóculo para explicar algunas reinfecciones.

DISTRIBUCION Y FRECUENCIA.

En los Estados Unidos de Norteamérica, la infección por VPH es la causa principal de frotis de cervicovaginales anormales, se calcula una incidencia del 10.5% en todos los frotis de Papanicolaou, que aumenta entre el 2.5 y 3% en mujeres por debajo de los 30 años. En México no se conoce aún su frecuencia.³

Los serotipos 16, 18, 31, 33, 34 y 35 se hallan relacionados a la displasia y a carcinoma genital y los tipos 16 y 18 son los más estrechamente relacionados al carcinoma de cérvix ⁴⁻¹⁵. Los serotipos 6 y 11 se encuentran relacionados con mayor frecuencia en la papilomatosis respiratoria laríngea juvenil ⁴⁻¹³. Las cifras calculadas del riesgo de desarrollo de papilomatosis laríngea juvenil en hijos de madres infectadas, varía de 1 en 1000 a 1 en 1500 con aseveraciones de recurrentes de que es "razonable" un riesgo de 1 en 1000 según la vía del parto. Se ha visto que el riesgo disminuye con parto por vía abdominal ³.

FACTORES DE RIESGO.

El perfil epidemiológico que hace a una mujer de "alto riesgo" para el condiloma, es significativamente similar al observado para la neoplasia intraepitelial cervical (NIC)⁵⁻¹⁵ y el carcinoma de cuello uterino: incluye el inicio temprano de relaciones sexuales, parto antes de los 19 años,

promiscuidad sexual, estrato sociocultural bajo y tabaquismo.

La transmisión de la pareja o parejas sexuales es de alrededor del 60%. En la mayoría de los casos, ambos integrantes de la pareja sexual están infectados por el virus. En los casos de infección genital en la mujer pueden afectarse cérvix o vulva en forma aisladas, pero esta situación es la excepción. Generalmente la infección es multifocal, afecta en forma simultánea vulva, periné, vagina y cérvix.

Existen algunos datos no comprobatorios de que la incidencia real de la infección genital por VPH es mayor en embarazadas que en no embarazadas ⁶, con un porcentaje en el Ier. trimestre de 8% , 2do. trimestre 16.7% y 23.1% en el tercer trimestre ⁷⁻¹⁴.

Informes anecdóticos apoyan el aparente crecimiento de las lesiones subclínicas y clínicas durante el embarazo, así como su regresión parcial o completa en el postparto. Dado que el crecimiento de VPH y la respuesta del huésped tienen mediación inmunitaria y que el epitelio cervical sufre metaplasia activa durante el embarazo, estos resultados no son sorprendentes ⁸. Ya que existe un fenómeno bien conocido de la regulación descendente de componentes de la inmunidad mediada por células durante el embarazo y pudiera también ayudar a explicar estas observaciones.

CUADRO CLINICO.

Un grupo pequeño de pacientes tiene condilomas confluentes sintomáticos que producen dolor y heorragias considerables y en un porcentaje menor, tienen lesiones tan grandes que llega a obstruir la vagina o constituyen un riesgo de hemorragia que pone en peligro la vida. Obstétricamente se habla de transmisión materno-fetal de VPH, con alta morbilidad.

La inoculación ocurre durante el paso del

feto a través de un conducto del parto infectado, no obstante puede ocurrir infección intrauterina transplacentaria inclusive en presencia de enfermedad subclínica, ocurre infección de la laringe fetal por deglución del líquido amniótico que contiene DNA de VPH o el virus intacto ¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³ .

METODOS DIAGNOSTICOS

Actualmente se encuentran diversos métodos para detección del VPH, entre ellos están: el papanicolaou, la colposcopia con detección de lesiones acetoblancas con ácido acético ó lugol, biopsia dirigida por colposcopia, hibridización, reacción en cadena de polimeraza (PCR)⁹.

La imagen citológica característica corresponde al "coilocito" que es una célula de epitelio plano superficial o intermedia que muestra una amplia vacuola perinuclear irregular, el núcleo presenta cromatina borrosa y grado variable de discariosis con binucleación frecuente. Con el microscopio electrónico se demuestran partículas virales intranucleares. Hay otro tipo celular diagnóstico de condiloma el "disqueratinocito", célula que muestra formación temprana de queratina ⁵⁻¹⁶.

La imagen histológica varía con el tipo de condiloma : el tipo exofítico, presenta papilomatosis y acantosis importantes, paraqueratosis con o sin disqueratosis y vacuolización coilocítica y binucleación.

El condiloma plano únicamente mostrará lesión celular generalmente en las capas superficiales del epitelio, acompañada de para y disqueratosis; el condiloma invertido muestra además profundos clavos interpapilares que se proyectan hacia la lámina propia; tanto en la citología como en la histología se observan en ocasiones con irregularidades de la forma nuclear y distribución anormal de la cromatina. A éste tipo

de condiloma se le ha llamado condiloma atípico ⁶⁻¹⁶.

La colposcopia ha desempeñado un importante papel para la detección de infección de genitales femeninos bajos por el VPH. Las lesiones se descubren después de añadir ácido acético encontrando lesiones acetoblancas ²⁻⁹. Los cambios vasculares incluyen puntuación, mosaico y vasos atípicos.

Coppleson ¹⁶ define 3 grados colposcópicos en los cuales en el:

Grado I: insignificativamente no sospechoso, el epitelio plano acetoblanco los bordes no son necesariamente netos, por lo general semitransparentes, con vasos de dimensiones regulares y pequeño calibre o sin ellos, a menudo con imágenes mal definidas, ausencia de vasos atípicos, distancia intercapilar pequeña.

Grado II: importantemente sospechoso, epitelio blanco plano, de mayor opacidad, con bordes netos, eventualmente con vasos dilatados de forma regular, imágenes definidas, ausencia de vasos atípicos casi siempre aumento de las distancias intercapilares.

Grado III : muy significativo altamente sospechoso, epitelio opaco, muy blanco, o gris, bordes netos, vasos con calibre dilatado, de formas irregulares a menudo enrollados y atípicos, distancia intercapilar aumentada pero variable, a veces contorno superficial irregular (epitelio microexofítico). Ambos tipos de aspectos colposcópicos atípicos suelen ir acompañados de cambios histológicos, desde la infección papilomaviral subclínica o NIC 1 por microinvasión y el grado de desarrollo o la gravedad permiten establecer grados importantes para el diagnóstico y tratamiento.

TRATAMIENTO.

Finalmente se cuenta con métodos inmunológicos y de análisis de DNA recombinante que permiten no sólo identificar la infección, sino el serotipo específico involucrado.

Dados los problemas antes señalados, el tratamiento ⁹⁻¹⁶ activo de los condilomas genitales durante el embarazo es lógico. Suelen utilizarse diferentes tratamientos tanto en la embarazada como en la mujer no embarazada. Dentro de la terapéutica a llevar, se cuenta con ácido tricloroacético, 5 fluoracilo, crioterapia, podofilina, asa de diatermia y rayos laser. Además de ésto, debe considerarse que el uso de criocirugía y laser, son los métodos más eficaces, aunque caros. Dentro del manejo de la paciente obstétrica se cuenta con el ácido tricloroacético y rayos Láser, pero el Láser puede ocasionar grandes sangrados y los otros son altamente teratogénicos.

3.- DEFINICION DEL PROBLEMA.

La infección de genitales femeninos por virus del Papiloma Humano, es un padecimiento cada vez de mayor frecuencia y de gran importancia, pues se ha correlacionado como precursor de carcinoma cervical y de papilomatosis laríngea en hijos de madres infectadas; por lo tanto en el presente estudio se pretende identificar la prevalencia de factores de riesgo de infección del virus de papailoma humano en pacientes embarazadas.

4.- JUSTIFICACION.

Es bien conocido que la embarazada muestra un descenso de la inmunidad celular durante la gestación y esto pueda hacerla más susceptible a las infecciones de tipo viral. Observaciones por Bruce Pastner ^{1,7,16}, apoyan el crecimiento de las lesiones por virus del Papiloma Humano durante el embarazo y su regresión parcial o completa durante el postparto.

Además de lo anterior, el epitelio cervical sufre metaplasia escamosa en forma activa durante el embarazo, lo que hace a las células del cérvix más propensas a una infección por papiloma.

Se ha observado mayor frecuencia de DNA de virus del papiloma en células cervicales durante el embarazo, con un ascenso conforme evoluciona el embarazo y un descenso en el postparto. Además del riesgo oncogénico que el virus representa, existe el riesgo de infección perinatal mediante transmisión materno-fetal. Este proceso puede darse durante el paso del producto por el canal del parto contaminado e incluso se ha postulado la posibilidad de deglución del líquido amniótico contaminado con DNA de virus del papiloma.

Aunado a lo anterior, existe el hecho de que en nuestra población no se conoce la prevalencia de la infección genital por virus del Papiloma en mujeres no embarazadas y ya que no es actualmente un procedimiento rutinario el efectuar citología y colposcopia a las mujeres gestantes, no se detectan las portadoras del virus y no se efectúan procedimientos preventivos para proteger al recién nacido.

5.- OBJETIVOS.

5.1 Conocer la prevalencia de la infección genital por virus del Papiloma Humano en mujeres embarazadas derechohabientes del Hospital de Concentración Nacional de Alta Especialidad.

5.2 Comparar la frecuencia de la infección genital por virus del Papiloma Humano en la población obstétrica y una población similar no embarazada para determinar si el embarazo realmente constituye un factor de riesgo para la infección.

5.3 Identificar los factores de riesgo para contraer la infección por virus del papiloma Humano en embarazadas y en no embarazadas.

6.- HIPOTESIS.

Debido a un descenso en la inmunidad celular durante el embarazo, se considera que el estado de gestación constituye un factor predisponente para el desarrollo de infección genital por virus del Papiloma Humano.

7.- METODOLOGIA.

7.1.- DISEÑO DE LA INVESTIGACION. El presente es un estudio prospectivo, observacional, descriptivo, transversal y comparativo.

7.2 DEFINICION DE LA ENTIDAD NOSOLOGICA. La infección por el virus del Papiloma Humano en pacientes embarazadas, es un padecimiento que requiere tratamiento en cuanto se detecte, para así preveer las complicaciones que ésta presenta.

7.3 DEFINICION DE LA POBLACION OBJETIVO. Todas las pacientes embarazadas que acuden a control prenatal de la consulta del servicio de Ginecoobstetricia y pacientes no embarazadas, en edad reproductiva que acuden a toma de papanicolaou al servicio de Medicina Preventiva.

7.4 CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION.

7.4.1. CRITERIOS DE INCLUSION.

Mujer embarazada derechohabiente al HCNAE, sin ninguna enfermedad durante la gestación.

Mujer en edad reproductiva que acude a la toma de su papanicolaou en forma rutinaria.

7.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSION.

No aceptación por parte de la paciente.

Pacientes con enfermedades inmunológicas.

7.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.

Estudio incompleto o insatisfactorio.

7.4.4. UBICACION DE ESPACIO TEMPORAL .

El estudio se llevó a cabo desde el mes de abril a noviembre de 1992, en pacientes embarazadas y pacientes no embarazadas en edad reproductiva, derechohabientes del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

7.5 DISEÑO ESTADÍSTICO.

7.5.1 MARCO DE MUESTREO: Consulta externa de Gineco-obstetricia y del servicio de Medicina Preventiva del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

7.5.2 UNIDAD ÚLTIMA DE MUESTREO:

Mujeres embarazadas de la consulta de ginecoobstetricia, y no embarazadas en edad reproductiva del servicio de Medicina Preventiva.

7.5.3 MÉTODO DE MUESTREO:

Determinado por el tiempo del estudio se incluyó a todas las pacientes que acudieron a consulta de detección del cáncer y a control prenatal.

7.5.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se estudiaron 70 pacientes embarazadas y 100 pacientes no embarazadas con similares características ginecoobstétricas.

7.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

Se estudiaron las siguientes variables: independientes como la edad gestacional, dependientes como presencia de virus del Papiloma Humano y otras como antecedentes de tabaquismo, menarca, edad en que inicia vida sexual activa, número de gestaciones, número de partos, número de abortos, número de cesáreas, número de compañeros sexuales, frecuencia de relaciones sexuales a la semana y antecedentes de cervicovaginitis. A todas las pacientes se les realizó toma de citología exfoliativa con citobrush, cultivo cérvico-vaginal, colposcopia con aplicación de ácido acético y biopsia dirigida por colposcopio de lesiones sospechosas de infección.

7.7 RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS.

Se estudiaron 70 pacientes embarazadas que acudieron a control prenatal a la consulta de Ginecología y Obstetricia y 100 no embarazadas que acudieron al servicio de Medicina Preventiva a la detección de cáncer. Se les realizó toma de muestra de Papanicolaou, cultivo cérvico-vaginal, colposcopia y biopsia dirigida de lesiones sospechosas de infección por colposcopia.

Las variables cualitativas se describen con proporciones, las cuantitativas con promedio desviación standard. Para el análisis se utilizó la χ^2 y la T student. Para las variables cualitativas y cuantitativas respectivamente.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS.

LESIONES CERVICALES EN PACIENTES EMBARAZADAS.

FECHA DEL ESTUDIO.

PACIENTE:

EDAD: _____ FICHA _____ TELEFONO _____

DOMICILIO _____

DATOS GENERALES Y FACTORES DE RIESGO:

AHF: DM: _____ LUTICOS: _____ FIMICOS: _____

APNP: TABAQUISMO: _____

APP: _____

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS:

M: _____ R: _____ IVSA: _____ P: _____

A: _____ C: _____ FUP: _____ FUC: _____

FUM: _____ DOC: _____

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES: _____ FRECUENCIA DE REL. SEX. POR SEMANA: _____

ANTECEDENTES DE CERVICITIS: SI NO FECHA: _____

PATOGENO AISLADO: _____

TRATAMIENTO: _____

EDAD GESTACIONAL ACTUAL: _____

RESULTADOS DE ESTUDIOS REALIZADOS:

DOC: _____

ECV: _____

COLPOSCOPIA: _____

OBSERVACIONES: _____

7.8 ETICA

Estos estudios que se realizaron se consideran que deben ser de manejo rutinario de la consulta de ginecología y Obstetricia y no se requiere de un consentimiento informado de la paciente y el beneficio es mayor que el riesgo que se corre.

8. RESULTADOS.

Se estudiaron 170 pacientes. 70 eran embarazadas y 100 pacientes no embarazadas las cuales contaban con características ginecoobstétricas similares. Resultando 41.2% de embarazadas y 58% no embarazadas. Se formaron dos grupos, el grupo A que comprendía a las pacientes embarazadas y el grupo B que comprendía a las pacientes no embarazadas. La edad promedio fué de 28 años, con una máxima de 38 años y una mínima de 18 años. . Las pacientes se encontraban asintomáticas, con una edad gestacional desde las 7 a las 39 semanas. 7 correspondían al primer trimestre, 16 al segundo trimestre y 47 del tercer trimestre.

En el presente estudio se mostró que las pacientes embarazadas cursan con infección genital por virus del Papiloma Humano con una frecuencia mayor que las pacientes no embarazadas (30.3% vs 13%) con P de 0.00, que nos da significancia estadística para contraer infección por virus del Papiloma Humano (Fig.1). Esto va de acuerdo a lo reportado por Gonzalez y col. de 11% vs 00%¹⁹.

El riesgo de padecer cervicovaginitis en el embarazo en relación a las no embarazadas mostró una P: 0.24 para presentar infección por virus del Papiloma Humano, cuando en el estudio se toma como método diagnóstico por colposcopia (Fig 2) y cuando se toma como método diagnóstico la citología (Fig 3 y 4) éste muestra una P:0.02 con un riesgo relativo de 2.17 que la hace estadísticamente significativa como factor de riesgo para contraer la infección por el virus del Papiloma Humano.

El tabaquismo mostró un valor de 0.88 como riesgo relativo para infección por virus del Papiloma Humano, lo que se podría interpretar como un factor de protección para la infección por virus del Papiloma Humano, aunque este factor no

tuvo significancia(Fig 5).

Respecto a las otras variables analizadas (menarca, inicio de vida sexual activa, número de gestaciones,partos, abortos, cesáreas, compañeros sexuales(Fig 6), frecuencia de relaciones sexuales(Fig 7),no se encontró ninguna relación significativa, por lo que en nuestra población no parece jugar un papel importante.

9.- DISCUSION.

La inmunosupresión durante el embarazo y el aparente aumento resultante en la prevalencia de condiloma genital manifiesto ha producido un nuevo grupo de pacientes obstétricas infectadas por virus del papiloma humano con problemas urgentes de tratamiento. El grupo más grande de pacientes obstétricas con infecciones por VPH ¹⁷ tienen enfermedad subclínica . El dos por ciento o más de las mujeres en edad de procrear tienen algún dato colposcópico de infección por VPH, mientras que estudios complejos de hibridización de DNA pueden indicar una cifra mucho mayor ya que algunas pacientes tienen estudio colposcópico normal y no se detectan en programas de muestreo convencional. Un grupo menor de pacientes tienen condilomas confluentes sintomáticos que producen dolor y hemorragia considerables y un porcentaje mucho menor tienen lesiones tan grandes que potencialmente pueden obstruir la vagina o consituyen un riesgo de hemorragia que ponen en peligro la vida de la paciente.

La mayor preocupación obstétrica en éstas pacientes es la posible transmisión materno-fetal de VPH, dado el potencial de morbilidad a largo plazo (aparición de papilomatosis respiratoria laríngea juvenil) con la posibilidad de que todas las mujeres con condiloma del aparato genital afecten a su feto. En un estudio realizado por Shaw y colaboradores ¹⁴, casi todas las pacientes tuvieron partos vaginales, el hijo de una paciente presentó papilomatosis laríngea juvenil un año después de cesárea electiva con membranas íntegras. Roman y Fife notaron la presencia de DNA de VPH en el prepucio de dos recién nacidos por cesárea clínicamente normales. Estos dos estudios señalan la posibilidad de infección intrauterina antes del parto, por transmisión transplacentaria del virus más bien que por contacto directo de la laríngea fetal, con secreciones maternas a su paso por un conducto infectado.

Otro estudio reciente que también apoyó el concepto de la infección intrauterina fué el publicado por Sedlacek y col¹⁰ . en donde veinticinco de cuarenta y cinco embarazadas cuyas células cervicales exfoliadas fueron objeto de estudio de DNA de VPH por hibridización en mancha de Southern tuvieron resultados positivos de su presencia. Los aspirados nasofaríngeos de los cuarenta y cinco recién nacidos fueron enviados a análisis de DNA de VPH, cuarenta y uno de los aspirados se obtuvieron después de parto vaginal y 4 transcesárea. No se detecto DNA de VPH en los cuatro nacidos por vía abdominal, pero si en quince de cuarenta y uno (36.5%) de los nacidos por vía vaginal, entre ellos cuatro cuyas células cervicales maternas eran negativas para DNA de VPH en el momento del parto. En total se detectó la presencia de DNA viral en 48% (11 de 23) de los hijos de madres con signos de infección cervical por VPH. El estudio apoyó sólidamente que el VPH puede ser fuente de VPH neonatal subsiguiente y que el VPH cervical en ausencia de condiloma genital macroscópico pudiera constituir un nido potencial de infección, incluso antes del parto¹⁰ .

De acuerdo a éste estudio y otros similares^{3,6,15,} parecería que el estado inmunológico que guarda la embarazada le hace especialmente susceptible para padecer infección por virus del Papiloma Humano, existen dos posibilidades teóricas de qué es lo que sucede a la mujer durante éste periodo: a) La paciente estuvo expuesta al virus desde antes del embarazo, manteniéndose la enfermedad en un estadio subclínico y se hizo manifiesta hasta que la paciente inició el estado de gestación. b) La otra posibilidad, es que la paciente había mostrado un estado de competencia inmune a tal grado que el virus no había logrado infectarla, lo que cambió cuando la paciente se embarazó.

Para conocer cuál de éstas dos posibilidades

está ocurriendo en nuestra población, necesitaríamos efectuar estudios diagnósticos exhaustivos en pacientes antes y durante el embarazo, para detectar así a las pacientes infectadas como a la portadora del virus del Papiloma Humano y observar qué cambios ocurren con el estado de gestación.

En cuanto a la relación encontrada entre cervicitis y el virus del Papiloma Humano hay dos posibilidades teóricas: a) La cervicitis era en realidad una infección por Virus del Papiloma Humano que no había sido diagnosticada previamente, por no haberse efectuado estudios encaminados para su detección. b) La cervicitis creó un estado local que fué propicio para la implantación ulterior de virus del Papiloma Humano. A éste respecto permite discernir cuál de las dos posibilidades es la real por no estar encaminado a esta finalidad.

En cuanto al tabaquismo resulta paradójico que en el estudio aparezca como un factor protector ya que es bien conocido que tanto la nicotina como la cotinina presentes en él, provocan depleción del estado inmune a nivel del tejido cervical. No se encontró una explicación lógica para éste hallazgo, pero es de suponer que el "peso específico" de esta variable es menor que el de las cervicitis en cuanto a su capacidad para alterar el estado local de inmunocompetencia. Otra de las consideraciones es que la paciente deja de fumar durante la gestación (por lo menos dice que deja de fumar) y por tal razón se muestra como factor protector en éste estudio.

Se observó diferencia en cuanto al número de diagnósticos positivos para el virus del Papiloma Humano dependiendo del método diagnóstico, colposcópico o biopsia. Lo que sugiere la necesidad de investigar cuál es el mejor método para hacer el diagnóstico tomando como referencia la colposcopia.

A pesar de lo anterior, se considera necesario un método directo para la detección de infección por virus del Papiloma Humano cuya sensibilidad y especificidad sean superiores a la de los métodos con que contamos actualmente. Tal método sería uno de los que van dirigidos a detectar DNA viral en cualquiera de sus técnicas.

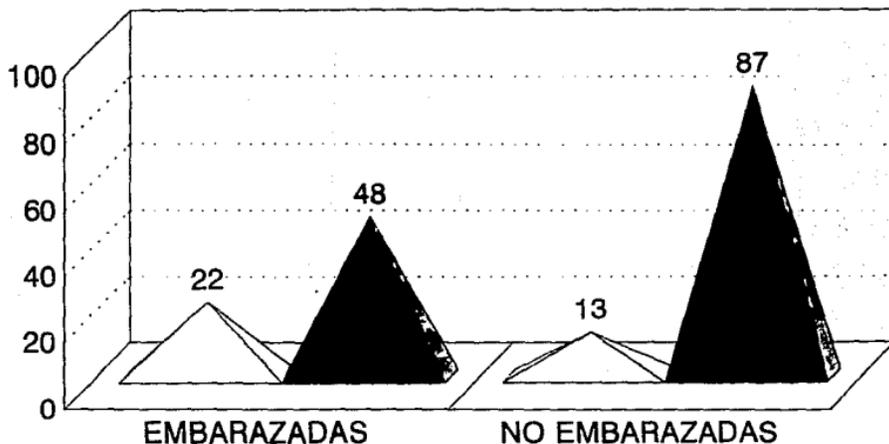
Vale la pena mencionar que no fué posible tomar biopsia de cérvix en el 100% de las embarazadas por el temor de parte de la paciente o de su médico tratante en la consulta externa, de que dicho procedimiento desencadena una hemorragia cervical importante por la gran vascularidad secundaria a la gestación.

10. CONCLUSIONES:

Por lo que concluimos que el embarazo constituye un factor de riesgo para infección de virus del papiloma humano siendo por lo tanto de gran importancia el realizar estudios que ayudan a detectar ésta infección por lo que sugerimos se realice citología exfoliativa en todas las embarazadas y si se cuenta con colposcopio, se deberá realizar colposcopia como estudio complementario , además de que el colposcopio en manos experimentadas llega a detectar un gran porcentaje de lesiones, a tal grado que es capaz de substituir la biopsia.

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS

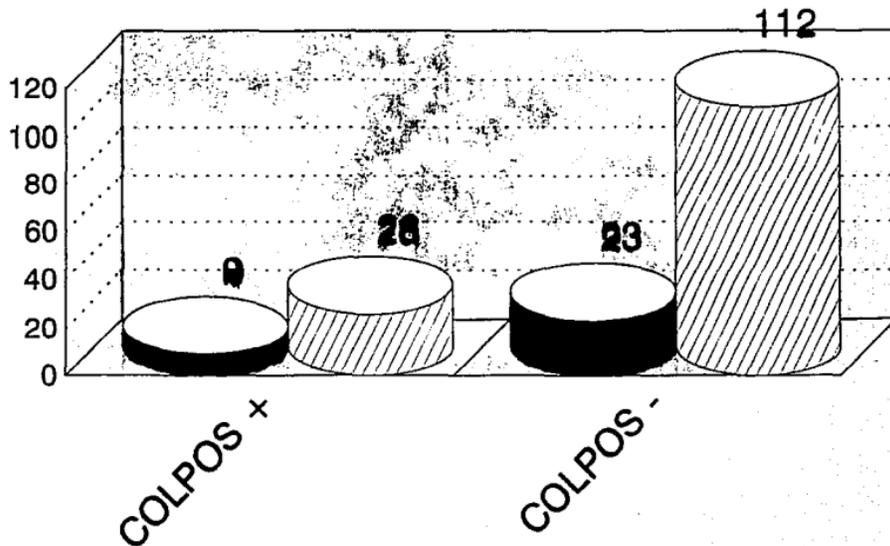
VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



△ POSITIVO ▲ NEGATIVO

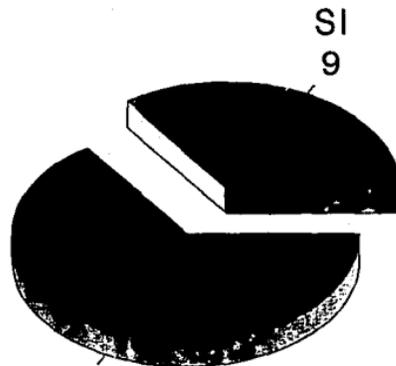
COLPOSCOPIA
FIG.1

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



CERVICOVAGINITIS
FIG.2

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

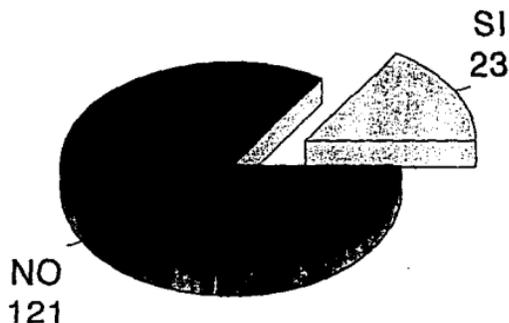


NO
17

CERVICOVAGINITIS

D.O.C. POSITIVO
FIG 3

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



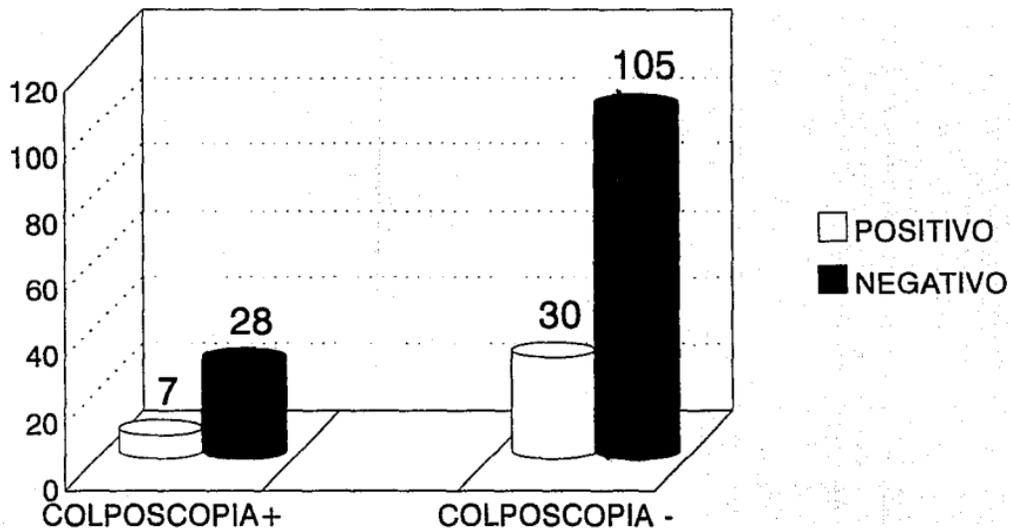
CERVICOVAGINITIS

D.O.C. NEGATIVO A V.P.H.

Fig 4

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



COLPOSCOPIA
TABAQUISMO
FIG.5

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

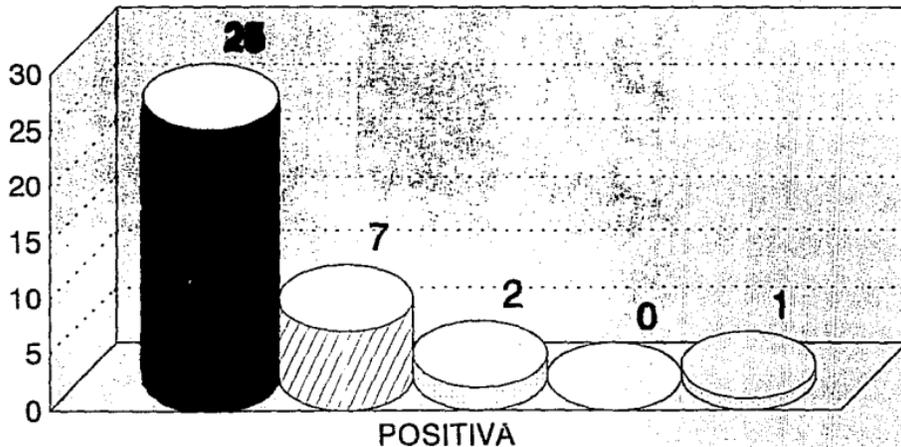


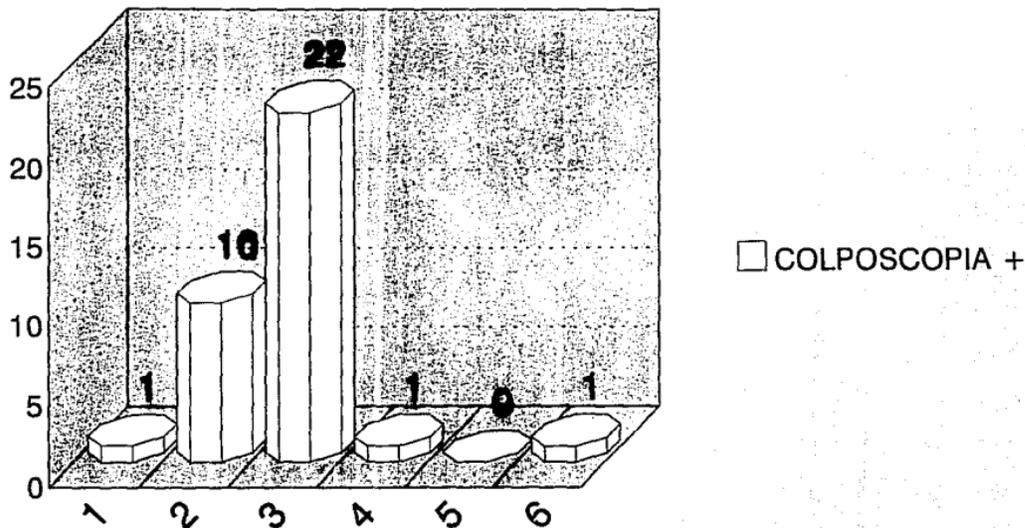
FIG 6

■ 1 ▨ 2 ▤ 3 ▩ 4 □ 10

COLPOSCOPIA

PAREJA SEXUAL

INFECCION DE GENITALES FEMENINOS VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO



FREC. RELACIONES SEXUALES
FIG.7

12. BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bruce Patsner, Baker David. Infecciones Genitales por el virus del papiloma humano. Obstetricia y Ginecología. vol.2.253-262. 1990.
- 2.- James Worr J. Papiloma Virus Humanos. Ginecol Obstet. vol 2. 345-392. 1987.
- 3.- Ferenczy A. HPV Associated lesions in pregnancy and their Clinical implications. Clin Obstet Gynecol. 32. 191-194. 1989.
- 4.- Uribarren Berveta. Concioma plano, su frecuencia y asociación con carcinoma cervicouterino y displasias. Ginecología y Obstetricia de México. vol. 60 . 45-47. Feb. 1992.
- 5.- Bernstein SG. Prevalence of papilomavirus infection in colposcopically directed cervical biopsy specimens in 1972 and 1982. Am J. Obstet Gynecol. vol. 151. 577-580. 1985.
- 6.- Malone. Pregnancy Human Papillomavirus and cervical intraepitelial neoplasia. Eur J. Gynaecol Oncol. 9-120. 1988.
- 7.- Smith EM . Johnson SR. The association between pregnancy and human papilloma virus prevalence. vol 15, tomo 5 .397-402. 1991.
- 8.- Barnett. Extensive verrucosis in primary inmunodeficiency diseases. Arch Dermatol. 119-125. 1983.
- 9.- Vasconcelos Mauricio, Aranda C. Búsqueda, detección y control del virus del papiloma humano. Ginecología y Obstetricia de México. vol. 60-37-41. Feb. 1992.
- 10.- Seddalek TV. Mechanism for Human papillomavirus transmission at birth. Am J Obstet Gynecol. vol. 165. 155-158.. 1989.
- 11.- Helmrich George. Fetal maternal laringeal papillomatosis in pregnancy. Am. J. Obstet Gynecol. vo. 166. No. 2. 524-525. 1992.
- 12.- Jen Tseng Chih, Chich Yu Lin. Posible transplacental transmission of human papillomaviruses. Am J. Obstet

- Gynecol. vol 166. No. 1 . 35-42. January. 1992.
- 13.- Linch P.J. Condilomata acuminata (anogenital warts). Clin. Obstet Gynecol. 28-42. 1985.
 - 14.- Shah, Kashima. Cesarean delivery in cases of juvenile obstet respiratory papillomatosis. Obstet Gynecol. vol. 69. 795-820. 1989.
 - 15.- Michelle J. Association of human inmunodeficiency virus induce inmunosupression with human papilomavirus infection and cervical intraepitelial neoplasia. Am J. Obstet Gynecol .1352-13612. 1989.
 - 16.- Calderón J. Papilomatosis y embarazo. Conceptos actuales en Infectología. 223-234. 1988.
 - 17.- Laverty Reid, Coppelson. Noncondylomatosis cervical wart virus infection. Obset Gynecol 55, 476. 1980.
 - 18.- González P.M., Labansat M.J. Incidencia de enfermedades virales de transmisión sexual en embarazadas. Ginecología y Obstetricia de México. 21. 1992.