

Asociación de condilomatosis y VIH en mujeres embarazadas en el Hospital Materno Infantil durante el período de septiembre 2002 a julio 2004

Association of condilomatosis and HIV in pregnant women
at the Hospital Materno Infantil from september 2002 to july 2004

Marixa Rivera - Videz* , Rubén Darío Fernández - Suazo**

Resumen:

Objetivo. Determinar la frecuencia de la asociación existente entre condilomatosis y VIH así como la extensión de la distribución de las lesiones condilomatosas en mujeres embarazadas, en el periodo Septiembre 2002 a Julio 2004.

Material y Métodos. Es un estudio descriptivo realizado en 138 mujeres embarazadas con diagnóstico de condilomatosis genital, ingresadas a la sala de Séptico y Labor y Parto, para lo cual se elaboró un instrumento de recolección. Los datos fueron procesados electrónicamente con el programa Epi-Info 2000.

Resultados. La mayor frecuencia de diagnóstico de condilomatosis y VIH fue durante el periodo post cesárea 41.3% y puerperio vaginal 42%.

Todas las pacientes eran portadoras de condilomas y los resultados de ELISA por VIH indican que 104 (75.4%) fueron negativas y 34 (24.6%) fueron positivas. En referencia a la ubicación de los condilomas, las pacientes VIH positivo 22 (64.7%) tenían lesiones condilomatosas dentro y fuera del canal del parto y las pacientes VIH negativo 78 (75%) tenían lesiones condilomatosas fuera del canal del parto.

Conclusión. Las pacientes embarazadas VIH positivo que presentan condilomatosis genital, reportaron mayor diseminación de las lesiones condilomatosas dentro y fuera del canal del parto en comparación con las pacientes VIH negativo. Se evidencia la deficiencia en la detección temprana de VIH y condilomatosis lo que incrementa el riesgo de infección al recién nacido y al personal médico al momento del parto o la cesárea.

Palabras Claves. Condilomatosis Genital, HIV, Embarazo

Abstract:

Obejective. To determinate frequency of the association between condilomatosis and HIV as well as the extension of the distribution of condilomatosis lesions in pregnant women of the Hospital Materno Infantil from September 2002-July 2004.

Material and Methods. It is a descriptive study, in 138 pregnant women with diagnosed genital condilomatosis, hospitalized in the wards of septic and labor and delivery, recruited through a collection instrument. Data were electronically processed using Epi-Info 2000.

Results. The more frequently of condilomatosis and HIV was during post-cesarean period (41.3%) and vaginal puerperium (42%). All patients had condilomas and the results of the HIV-ELISA Test indicated 104 (75.4%) were negative and 34 (24.6%) were positive. In reference with regard to the location of condilomatosis lesions the patients HIV positive 22 (64.7%) had inside and outside of the birth canal and the patients HIV negative 78 (75%) the condilomatosis lesions were outside of the birth canal. childbirth channel in the HIV positive patients.

Conclusion. The pregnant women, who were HIV positive and had genital condilomatosis, had larger dissemination of the lesions inside and outside of the birth canal as opposed to patients who are HIV negative. We could observe also the lack of early detection of HIV condilomatosis incrementing the risk of infection in the newborn and medical personal at moment of the delivery of the cesarean.

Key Words. Genital Condilomatosis, HIV, Pregnancy.

* Residente III Año Postgrado de Ginecología y obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

** Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Materno Infantil, Honduras.

Introducción.

Según reportes de la Organización Mundial de la Salud, existen unos 30,6 millones de personas vivas infectadas con el VIH en el mundo de las cuales 12.1 millón son mujeres comprendidas mayoritariamente entre los 25 y 29 años. ^(1, 2)

La principal vía de transmisión para VIH y condilomas es el contacto sexual sin protección al intercambiar fluidos corporales como sangre, semen y secreciones vaginales. ⁽³⁾

Por lo que el riesgo de un individuo susceptible a adquirir VIH y condilomas por vía sexual depende del número de contactos sexuales con personas infectadas y de otros factores como la presencia de enfermedades de transmisión sexual especialmente aquellas en las que existe ruptura de continuidad de la mucosa y ulceraciones genitales. ^(1- 3)

Dentro de estas enfermedades de transmisión sexual, se encuentran los condilomas genitales que en pacientes VIH positivos se reporta una incidencia de 5% a 37%. ^(5,14)

Las ETS están relacionadas con el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales, tabaquismo y anticonceptivos orales; a diferencia de la población en general que es del 0.8 – 18%. ^(4- 6)

En la literatura internacional se afirma que durante el embarazo, existe una replicación viral, por lo que en el embarazo avanzado existe un crecimiento de las lesiones perineales. ^(7 - 8)

El mayor riesgo de los condilomas durante el embarazo está constituido por el crecimiento excesivo, de tal manera que obstruyan el canal del parto y en parto vaginal la infección del infante que puede desarrollar papilomatosis laríngea. ^(9 - 10)

El presente estudio tiene como propósito demostrar la asociación ente condilomatosis genital y VIH y la extensión y distribución de

las lesiones condilomatosas en pacientes embarazadas atendidas en las salas de séptico y labor y parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela.

Material y Métodos.

El presente estudio es de tipo descriptivo, realizado en 138 pacientes embarazadas con diagnóstico de condilomatosis genital, ingresadas en las salas de séptico y labor y parto durante el período Septiembre 2002 a Julio 2004, del Hospital Materno Infantil.

En el estudio participaron 138 pacientes a las cuales se les encontró condilomatosis genital al momento de su ingreso a la sala, durante el embarazo, puerperio vaginal o puerperio quirúrgico. A todas las participantes se les realizó el Test ELISA por VIH, y se les solicitó previo consentimiento informado la firma de autorización escrita. Se excluyeron 58 pacientes por no contar con reactivo para VIH en el laboratorio. Además a cada paciente se le aplicó el instrumento diseñado para este fin para la recolección de información, siendo las variables Inicio de relaciones sexuales, Numero de Parejas Sexuales, Enfermedades de transmisión sexual, Uso de anticonceptivos, Hábitos, VIH y localización de los condilomas.

Los datos obtenidos en el instrumento fueron procesados en una base electrónica utilizando como manejador de base EPI INFO 2000; utilizando las herramientas estadísticas de este programa, se construyeron tablas simples de frecuencias, cálculos de medias y tablas de dos variables.

Resultados.

El estudio fue realizado en las salas de Séptico y Labor y Parto del Bloque Materno Infantil del Hospital Escuela, participando en el mismo 138 (N) pacientes embarazadas cuyas edades oscilan entre 14 y 42 años; siendo la edad media 25.5 años y la moda 17 años; siendo su condición al momento del diagnóstico de condilomatosis según la tabla siguiente:

TABLA No 1.

TIEMPO EN QUE SE REALIZÓ EL DIAGNÓSTICO DE CONDILOMATOSIS EN PACIENTES EMBARAZADAS.

CONDICIÓN	CASOS	%
I TRIMESTRE EMBARAZO	2	1.4
II TRIMESTRE EMBARAZO	7	5.1
III TRIMESTRE EMBARAZO	14	10.1
PUERPERIO QUIRURGICO	57	41.3
PUERPERIO VAGINAL	58	42
TOTAL	138	100

El diagnostico fue realizado con mayor frecuencia en pacientes púerperas (83.3%) lo que demuestra un control prenatal inadecuado.

En cuanto a la religión se observó que 109 (79%) son católicas, 23(16.7%) son evangélicas y 6(4.3%) no pertenecen a ninguna religión.

TABLA No 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS CON CONDILOMATOSIS.

ESCOLARIDAD	CASOS	%
Primaria Completa	45	32.7
Primaria Incompleta	65	47.1
Secundaria Completa	2	1.4
Secundaria Incompleta	9	6.6
Universitario	3	2.2
Ninguna	14	10
Total	138	100

La mayoría de las pacientes solo cursaron primaria incompleta lo que demuestra que a menor nivel educativo menor nivel de conocimiento de esta enfermedad y mayor riesgo de las mismas.

TABLA No 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL EN PACIENTES EMBARAZADAS CON CONDILOMATOSIS Y SEROPOSITIVIDAD POR VIH.

ESTADO CIVIL	HIV+		HIV -		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Unión Libre	24	17,4	78	56,5	102	73,9
Soltera	10	7,3	22	15,9	32	23,2
Casada	0	0	4	2,9	4	2,9
Total	34	24,7	104	75,3	138	100

Las pacientes conviviendo en unión libre y soltera son las que presentan mayor frecuencia de HIV positivo por lo que el estado civil es determinante.

TABLA No 4

DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES Y DIAGNÓSTICO DE VIH EN PACIENTES EMBARAZADAS CON CONDILOMATOSIS.

EDAD INICIO	HIV+		HIV -		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
< DE 15 Años	1	0,7	11	7,9	12	8,7
15 a 20 Años	20	14,5	82	59	102	74
21 a 25 Años	10	7,2	10	7,2	20	15
26 a 30 Años	3	2,2	1	0,7	4	2,9
Total	34	24,6	104	75	138	100

La mayoría de las pacientes con condilomatosis son menores de 20 años independientemente de su seropositividad. (VIH positivo (60%) vrs VIH negativo (80%).

TABLA No 5

DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES Y DIAGNOSTICO DE VIH EN PACIENTES EMBARAZADAS CON CONDILOMATOSIS.

N. DE PAREJAS	HIV+		HIV -		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
1 Pareja	3	2,2	34	24,6	37	26,8
2 Parejas	24	17,4	55	39,9	79	57,3
3 Parejas	6	4,3	15	10,9	21	15,2
4 Parejas	1	0,7	0	0	1	0,7
Total	34	24,6	104	75,4	138	100

Se observa que la mayoría de las pacientes han tenido más de una pareja sexual, incrementando con esto la posibilidad de infectarse con el VIH y condilomas.

En cuanto a la práctica de hábitos el 137 (99.3%) niega tener hábitos de alcoholismo, tabaquismo y drogadicción y solamente1 (0.7%) lo afirma.

En relación al uso de anticonceptivos encontramos que 130(94.2%) pacientes no usan ningún tipo de anticonceptivo, lo que demuestra una pobre educación sexual.

Existe un porcentaje alto 85(61.6%) que nunca se ha realizado citología lo que pudiera estar relacionado con pacientes portadoras del virus del papiloma humano no detectado factor condicionante para desarrollar condilomatosis.

En cuanto a la prevalencia de enfermedades de infección sexual previo al embarazo, en 117(84.8%) niega haber padecido ETS; el resto 21(15.2%) tiene el antecedente de ETS, la más común condilomas 14 (66.7%).

Al indagarse sobre la realización de ELISA por HIV previo al embarazo, 50 pacientes (36.2%) se había practicado este examen; mientras 88(63.8%) no lo había hecho; encontrándose que en 25(50%) son positivos y en 25(50%) son negativos, lo que demuestra un control prenatal inadecuado. Al examinar las pacientes previo a la atención del parto o la realización de la cirugía, la ubicación de los condilomas se describe de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA No 6
DISTRIBUCIÓN SEGÚN UBICACIÓN
DE LOS CONDILOMAS Y DIAGNÓSTICO DE VIH.

UBICACIÓN CANDILOMAS	HIV+		HIV -		TOTAL	
	No	%	No	%	No	%
Fuera del Canal Parto	10	7,3	78	56,6	88	63,8
Dentro y Fuera	22	15,9	15	10,9	37	26,8
Dentro del canal Parto	2	1,5	11	7,8	13	9,4
Total	34	24,7	104	75,3	138	100

La ubicación más frecuente de condilomatosis es fuera del canal del parto 88(63.8%) las pacientes con VIH positivo su ubicación más frecuente fue dentro y fuera del canal del parto 22(64.7%) lo cual es indicativo de una infección más extensa. Posterior a la realización de la cirugía o de la atención del parto a todas las pacientes se les realizó ELISA por VIH, encontrándose el 24.6% (34) positivo y el 75.4% (104) negativo.

Discusión.

La prevalencia descrita en la población general de condilomas en el área genital, oscila entre 0.8% y 18%; la cual en portadores con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se incrementa desde 5.6% a 37%.⁽¹⁻³⁾

En la medida que el embarazo progresa incrementa la presencia de lesiones condilomatosas, debido a la inmunosupresión fisiológica del embarazo y las alteraciones hormonales a nivel de la mucosa vaginal y cervix apropiadas para la proliferación de las mismas.^(14,16)

Los factores de riesgo están constituidos por el inicio de relaciones sexuales a temprana edad, múltiples parejas sexuales, tabaquismo y toma de anticonceptivos orales.⁽²⁻³⁾

En nuestro estudio todas las pacientes son portadoras de condilomatosis de las cuales el 24.6% presentan un HIV positivo e iniciaron su vida sexual activa con una edad media de 18.3 años, y la mayoría tenía 2 parejas sexuales. Las características de las lesiones condilomatosas propias de las pacientes portadoras de VIH, son lesiones multicéntricas.^(7,10)

Nuestro estudio encontró una mayor diseminación de los condilomas dentro y fuera del canal del parto en pacientes VIH positivas; en comparación con las pacientes VIH negativo, en que la presentación más frecuente fue fuera del canal del parto. Se asume que la prevalencia de condilomas acuminados aumenta durante el primero al tercer trimestre y disminuye significativamente en el período post-parto, posiblemente debido a la pérdida de vascularidad, humedad excesiva o la supuesta inmunosupresión durante el embarazo.⁽¹³⁾

El riesgo de los condilomas durante el embarazo, es la presencia de lesiones suficientemente grandes que obstruyan el canal del parto y en el caso del parto vaginal que el virus puede ser transmitido al infante y desarrollar una papilomatosis laríngea.⁽¹²⁻¹⁶⁾

En nuestro estudio se demuestra una falta de control prenatal adecuado evidenciado por: diagnóstico tardío de condilomas, falta de serología por VIH, no detección del virus del papiloma humano mediante citología. Además problema institucional por la falta de test para VIH a todas las pacientes embarazadas, ya que aun pacientes con riesgo no siempre se les pudo realizar el examen por falta de reactivo; lo que aumenta el riesgo de infección para el recién nacido y al personal que brinda la atención en el parto o la cesárea. Aunado al problema de falta de educación sexual y planificación familiar.

Bibliografía

1. Harrison, Principios de Medicina Interna. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Interamericana, 13 Ed. México. 1996. Vol. II. Pág. 1802-1859.
2. Sierra, Antonio; Rolando Pinel. The Zice of VIH/AIDS Epidemic in Honduras 1980/2007. División VIH/SIDA/ETS, Secretaría de Salud.
3. Centres of Diseases Control and Prevencion (CDC). 1998. Guidelines for treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR. 1998; 47 (No. RR-1) Diferentes páginas.
4. Robert V. Higgins, MD, Asóciate Director of Gynecologic, Department of Obstetrics and Gynecology, Carolinas Medical Center, University of North Carolina. Condiloma Acuminatum, September 2002
5. Pérez Sánchez. Obstetricia. Publicaciones Técnicas Mediterráneo. Tercera Edición. 1999. Pág. 733-743 y 870.
6. Cunningham, F. Gary. Williams Obstetricia. Panamericana. 20 Edición. Buenos Aires Argentina. Enero 1998, pág. 1235-1240.
7. Jordi Xercavins, Ana Galindo, Cristina Centeno. 18th Internacional Papillomavirus Conference. HPV 2000. Pág. 1-3
8. María Beatriz Sosa, OBGYN.Netlatina. Tema actual: Epidemiología del HPV 1988 Pág. 1-4.
9. Ministerio de Salud Pública. Manual de Procedimientos para el diagnóstico de ETS y VIH/SIDA, 1998 Pág. 91-103.
10. Ferrera, A., et al. Association of Infection with Human Inmunodeficiency virus and Papillomavirus in Honduras. Am. J. Trop.-Med.-Hyg. 1997. Aug; 57 (2): 138-141.
11. Joel M. Palefsky. 18th International Papillomavirus Conference. Universidad de California. HPV 2000 Pág. 1-2.
12. Sierra, Manuel. Epidemiología de VIH/SIDA en Honduras. Situación Actual y Perspectivas. Unidad de vigilancia epidemiológica, Departamento ETS/SIDA, 1996, Secretaría de Salud. Honduras.
13. Am. J. Public. Health. 1998. Oct; 88 (10): 1542-4
14. Germain, A. Holmes K; Diet, P., and Wasser heit. J. (Ed) 1992. Reproductive tract infections; Global impact and prioritis for a women s reproductive Health. New York; Plenum Press.
15. Historia Natural de la infección VIH/SIDA. Revisión Julio 1998. www.Ctv.es/users/fpardo/vihsn.htm.
16. Arch. Intern. Med. 1998. Oct. 12, 158 (18): 2043-2050.