

# Original

## Sida y patología ginecológica en Baleares

J. Cartaña Benet, M.C.Yarnoz Sánchez (\*)

J.Forteza-Rey Borralleras (\*\*)

### Introducción.

En 1981 se detectó en Nueva York y San Francisco un brote epidémico de una nueva infección producida por un virus en aquel momento desconocido, su aislamiento no se produjo hasta 1983. Observaron que una serie de jóvenes varones, de raza blanca, presentaban un cuadro clínico, hasta entonces no descrito, que alteraba la inmunidad celular, les producía infecciones respiratorias por gérmenes poco habituales y tumores poco frecuentes como el angiosarcoma de Kaposi. Este cuadro es relativamente frecuente en pacientes sometidos a trasplantes de órganos o en individuos en tratamiento con fármacos inmunosupresores. Ninguno de los sujetos descritos, pertenecía a este grupo de enfermos, por el contrario, todos ellos eran homosexuales.

Se describieron, más adelante, en otras ciudades norteamericanas nuevos casos, siempre en comunidades de homosexuales. El cuadro clínico era ya más variado, no solo respiratorio, también se asociaban cuadros de meningi-

tis, encefalitis y graves infecciones del aparato digestivo, piel y otros órganos, debidos a infección por los llamados gérmenes "oportunistas".(1)

Con la publicación de Gottlieb en 1981 (2) se inició el estudio y la difusión científica de la enfermedad que en 1982 recibió el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en base a su clínica, a sus alteraciones inmunológicas y a sus graves complicaciones infecciosas, cuando todavía no se conocía su etiología ni su historia natural. (3)

A los homosexuales, como grupo de riesgo inicial, se le fueron añadiendo otros grupos: drogadictos por vía intravenosa, hemofílicos, politransfundidos y los que habían mantenido contacto sexual con sujetos afectados de SIDA. La totalidad de casos de SIDA infantil descritos, son hijos de padres con SIDA o pertenecientes a algún grupo de riesgo. (4,5)

A pesar de que se han descrito casos esporádicos en múltiples países, existen cuatro zonas geográficas especialmente implicadas: Estados Unidos; Europa occidental; Zona de Centro América principalmente Caribe (Haití), de donde pasaron los primeros casos a Estados Unidos; y Africa Ecuatorial, especialmente en Zaire origen, al parecer, de la infección.(1)

En casi todas las series publicadas los varones homosexuales o bisexuales representan aproximadamente el 70% del total de casos. La proporción de drogadictos no homosexuales oscila entre el 10-15% salvo en países como España e Italia en que es considerablemente superior.(6)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hasta el 1 de julio de 1992 se habían comunicado en el mundo un total de 511.423 casos acumulados de SIDA, 152.463 (30%) correspondían a Africa, 277.042 (54%) a América, 1.552 (0.3%) a Asia, 76.696

---

(\*) Servicio de Ginecología

(\*\*) Departamento de Medicina Interna  
Hospital Son Dureta. Insalud.

(15%) a Europa y 3.670 (0.7%) a Oceanía.(7)

Estados Unidos es el país con mayor número de casos, hasta Junio de 1992 se habían registrado un total de 226.281 casos en adultos, de los cuales 201.958 eran varones, y 24.322 mujeres. Además se registraron 3.898 casos de SIDA en niños menores de 13 años. Del total de adultos con SIDA habían muerto 150.114 con una tasa de mortalidad del 66.3%. Entre los niños 2.039 (52,3%).(7)

En 1983, en España, se creó la Comisión Nacional de SIDA que adoptó las definiciones de la enfermedad y los protocolos del CDC de Atlanta, definición que fue modificada en 1987 según las directrices de la misma Comisión americana.(8)

El primer diagnóstico de SIDA en España se produjo en 1981 en un varón homosexual. Un año después se registraron dos casos en drogadictos usuarios de drogas por vía intravenosa (UDVP) y otros dos en receptores de productos hemoderivados. En 1983 aparecen ya 12 casos que corresponden a cuatro varones homosexuales, tres UDVP, un individuo homosexual y drogadicto, y cuatro pacientes que habían recibido hemoderivados.(8)

Con respecto a la incidencia de los llamados grupos de riesgo, en Estados Unidos el mayor porcentaje corresponde a los homosexuales y en segundo lugar a los UDVP. En Europa están en igual proporción los homo/bisexuales y los UDVP. Es importante resaltar que existen diferentes patrones entre los países europeos. En España e Italia el grupo de riesgo predominante es el de UDVP, mientras que en la mayoría de países restantes el varón homosexual es el más afectado. En los últimos años hemos asistido a un descenso en el número de casos registrados entre los hemofílicos y transfundidos y, por el contrario, se está observando un incremento en el grupo de heterosexuales.

Se va observando un ligero aumento de la edad en el momento del diagnóstico de la enfermedad. En los varones existe menor número de casos entre 20-24 años, mientras que hay un aumento a partir de los 30 años. En el grupo de mujeres también se aprecia un incremento a partir de los 25-29 años. Esta tendencia se observa en el grupo de UDVP en ambos sexos, mientras que parece existir una estabilización en la edad de los varones homo/bisexuales y en los casos de transmisión heterosexual.(9)

En España a 31 de Diciembre de 1993 se habían comunicado 22.655 casos de SIDA. A nuestra Comunidad le correspondieron un total de 579 casos. Después de Madrid, Cataluña y el País Vasco, La Comunidad Autónoma de las Baleares ocupa el cuarto lugar nacional en tasa de 848,51 por millón de habitantes. De los 579 casos el mayor porcentaje, 53,3%, corresponde a UDVP y en segundo lugar a los homo/bisexuales. El primero, en Baleares, fue registrado en 1983. (10)

El porcentaje de casos de mujeres con SIDA en Estados Unidos es del 12,04% del total. En Europa del 20,8%. La epidemiología varía con respecto a la del varón. El mayor grupo de riesgo, tanto en Estados Unidos como en el resto de países desarrollados es el de UDVP que abarca aproximadamente el 50% de los casos, un 32% por transmisión heterosexual (generalmente por pareja masculina UDVP o bisexual), un 10% por haber recibido, en algún momento, transfusión sanguínea o hemoderivados, mientras que en un 8% no se reconoce ningún factor de riesgo.

La repercusión de la infección de SIDA en ginecología viene dado por alteración de la inmunidad ya que parece claro que aunque la infección no haya progresado hasta enfermedad clínica franca, la inmunodepresión producida por el virus puede tener un impacto sobre otras enfermedades de transmisión

sexual. (11) Hay que tener en cuenta, además, que el mayor grupo de riesgo para SIDA en mujeres es el de UDVP, grupo en el que la promiscuidad sexual es alto y la utilización de métodos anticonceptivos de barrera nula o deficiente, lo que produce un aumento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). (12)

## Material y métodos

Analizamos de forma prospectiva un grupo de 116 mujeres, con serología positiva para el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), que acudieron a consultas externas del Servicio de Ginecología del Hospital de Son Dureta de Palma de Mallorca desde 1 de Abril de 1987 a 31 de Diciembre de 1992.

Ciento once (95,7%) eran UDVP y cinco (4,3%) eran seropositivas por transmisión heterosexual. En cuatro casos su pareja era seropositiva, en el quinto caso su compañero actual era seronegativo no adicto a drogas, pero su anterior había muerto de SIDA. En los cinco casos las mujeres negaban ser UDVP.

Las pacientes fueron en 48 casos (41,4%) remitidas por la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación del Hospital Son Dureta, 36 mujeres (31%) por el Departamento de Medicina Interna, Sección de Infecciosas, y el resto, 32 casos (27,6%) fueron enviadas a la consulta por otro ginecólogo.

El motivo de consulta fue en la mayoría de los casos, 56 (48,3%), para descartar patología ginecológica, en 27 (23,3%) en solicitud de interrupción voluntaria de embarazo, en 15 (12,9%) solicitando planificación familiar, en 12 casos (10,3%) por sospecha citológica de neoplasia intraepitelial de cérvix (CIN), y en 6 casos por otros motivos.

A todas las pacientes se les realizó historia clínica exhaustiva haciendo hincapié en sus antecedentes ginecológi-

cos previos, principalmente infecciosos: vaginitis o enfermedades de transmisión sexual (ETS), menarquia y tipo menstrual, edad de inicio de relaciones sexuales, promiscuidad, métodos anticonceptivos utilizados, y antecedentes obstétricos incluyendo interrupciones voluntarias de embarazo.

La media de edad del grupo fue de 27 años con un rango de 19-42 años. Casi la mitad (48,3%) eran nulíparas y 35 (30,2%) habían tenido un hijo.

Se practicó exploración con inspección vulvar a la búsqueda de patología ulcerosa, condilomatosa o infecciosa, y observación cérvico vaginal incluyendo colposcopia cuando se consideró necesario. En los casos que fue posible se tomaron muestras cérvico-vaginales para estudio citológico y cultivo para descartar ETS. A todas las mujeres se les practicó tacto vaginal bimanual en búsqueda de patología uterina y anexial.

Se intentó, en todos los casos, realizar todo el estudio en la primera visita ya que nuestra experiencia nos había demostrado que estas pacientes son reacias a acudir a las visitas sucesivas.

## Resultados.

Refirieron antecedentes de infecciones genitales previas 82 mujeres lo que es el 70% del total. La edad media de inicio de relaciones sexuales fue 15,9 años, con una desviación estándar de 1'7 y con un rango de 11-20. A destacar que un 25% iniciaron sus primeras relaciones antes de los 15 años y sólo un uno por ciento por encima de los 19 años. El 58,6%, 68 pacientes, se declararon promiscuas y a un 47,4% se les había practicado, al menos en una ocasión, interrupción voluntaria de embarazo.

Respecto al método anticonceptivo en el momento de la consulta un 40,5% no

utilizaba ninguno, un 37,9% preservativo y/o espermicidas y un 13,8% anticoncepción hormonal y el resto DIU o contracepción quirúrgica.

La exploración ginecológica fue clínicamente normal en setenta y seis mujeres (65,5%). Veintisiete presentaban condilomas acuminados a nivel de vulva o vagina, en seis casos se encontró enfermedad infecciosa pélvica (EIP) y en otros seis úlceras, dos vaginales y cuatro vulvares. En un caso, paciente de 29 años remitida a consulta por hemorragia vaginal postaborto espontáneo, se diagnosticó cáncer de cérvix, clínico, confirmado por histología.

El estudio bacteriológico, Figura 1, no pudo practicarse en 20 casos y fue negativo en 17 (14,7%). Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron: *Candida albicans* en 37 mujeres, 31,9%, y *Trichomonas vaginalis* en 22, 19%. Se investigó la presencia de *Chlamydia* y *Mycoplasma* en 46 casos siendo los resultados positivos en el 15%.

En la figura 2 se muestran los resultados citológicos. En 20 casos la citología fue negativa, en 51 se informó de inflamatoria (26 por *Trichomonas vaginalis*, 15 por *Candida albicans* y 10 por *Gardnerella vaginalis*), en siete infección por el virus del papiloma humano (HPV), en tres hiperqueratosis y en un 27% (32 mujeres) fue compatible con neoplasia intraepitelial de cérvix (CIN) en alguno de sus grados. En dos casos no fue posible realizar la toma citológica vaginal y en un caso no se consideró necesario dado el diagnóstico clínico de cáncer de cérvix.

De las 39 pacientes con citología compatible con infección por HPV o CIN se practicó colposcopia en veintiséis casos. En cuatro fue negativo por lo que no se realizó biopsia, en dos la biopsia fue negativa, en uno fue de condiloma plano y en diecinueve el diagnóstico histológico fue de neoplasia intraepite-

lial; cinco CIN I, cinco CIN II, ocho CIN III, una neoplasia intraepitelial de vagina tipo II (VAIN II). En los 13 casos restantes, no se pudo realizar estudio colposcópico.

En total se practicaron 33 biopsias de cérvix, Figura 3, con diagnóstico histológico de neoplasia intraepitelial en 27 casos (23,3%) y de carcinoma escamoso de cérvix en un caso.

## Comentarios.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es un proceso en expansión. Desde 1990 España, seguida de Italia y Francia, presenta la mayor tasa de incidencia anual dentro de los países europeos. Según datos del Registro Nacional del SIDA, la notificación de casos nuevos de SIDA en España sigue siendo alta. (9)

En el norte de Europa los programas educativos han conseguido frenar el ritmo de difusión del virus. Mientras en los países escandinavos se ha generalizado el uso de jeringuillas estériles, ésta práctica es aún inusual en España. Además, las diferencias de conducta sexual Norte-Sur y el uso de preservativos, explican las diferencias registradas en el número de casos de SIDA.

Queda reflejado en la introducción que más del 20% de los afectos son mujeres y el mayor grupo de riesgo corresponde a las UDVP. Este grupo siempre se ha considerado de alto riesgo para ETS. Está descrito la asociación UDVP y prostitución-promiscuidad.(12)

En nuestro grupo de estudio prácticamente la totalidad de las pacientes eran, o habían sido anteriormente, UDVP. Solo en cinco casos la infección se produjo por vía heterosexual.

El 40% de las mujeres analizadas procedían de la Unidad de Desintoxicación del Hospital. El protocolo de actua-

ción incluía un control ginecológico a todas las mujeres que ingresaron en la unidad de desintoxicación aún en aquellas sin sintomatología ginecológica. El 31% eran remitidas por la Sección de infecciosas de Medicina Interna, para descartar patología genital. El resto habían sido previamente vistas por otro ginecólogo.

En relación con el método anticonceptivo utilizado por nuestras pacientes, los resultados son superponibles a los publicados por Sojo y cols. (13) que encuentra que un 36% no utilizaban ningún método anticonceptivo (40,5% en nuestra serie), mientras que un 36% utilizaban método de barrera (37,9% en nuestro grupo). Llama la atención que solo un tercio del grupo utilizó como método anticonceptivo el preservativo cuando es el método más recomendado para prevenir la difusión de la enfermedad.(14)

En referencia a la exploración ginecológica hay que destacar que el 65% de los casos tuviera una exploración clínica normal. El hecho viene dado porque, aunque hubiera signos clínicos de proceso infeccioso de tracto genital bajo, no se etiquetó como tal hasta tener la confirmación microbiológica. Además, hay que recordar que los procesos preneoplásicos de cérvix también son asintomáticos con exploración normal y sólo se diagnostican mediante estudio colposcópico y biopsia de zonas sospechosas.

No llama la atención la alta incidencia de condilomas acuminados (23,27%). Está ampliamente descrito en la literatura mayor riesgo de infección por HPV en pacientes portadoras o infectadas por HIV. (15,16) El hecho puede deberse a una alteración de la inmunidad aunque, tal vez es más importante, el tipo de práctica sexual habitual en el grupo (promiscuidad).

Hemos encontrado seis pacientes que en el momento de la consulta presenta-

ban úlceras vulvares o vaginales. Las vulvares correspondían a dos herpes genitales ulcerados y sobreinfectados, un chancro blando y una candidiasis vulvar. Las úlceras vaginales aparecieron en dos pacientes con vaginitis por *Trichomonas vaginalis*. Hay que destacar la agresividad de las lesiones herpéticas encontradas. Ambas aparecieron en dos pacientes en estadio avanzado de infección por HIV. Está descrita la correlación de lesión herpética e infección por HIV. Se ha planteado que estas lesiones herpéticas insidiosas, de afectación extensa y larga evolución, hay que sospechar inmunodeficiencia. (17) En cuanto a los dos casos de ulceraciones vaginales, acompañadas de vaginitis por *Trichomonas*, correspondieron a dos pacientes con manifestaciones clínicas de SIDA una de ellas en estadio muy avanzado que fue éxitus al poco tiempo de realizar el estudio.

El estudio bacteriológico demostró una alta incidencia de infección por *Candida albicans*. No hay que olvidar la susceptibilidad de estos pacientes a infecciones por gérmenes oportunistas. La aparición de candidiasis vaginal crónica en mujeres con serología HIV positiva puede indicar una alteración de la inmunidad celular. Constituyó el motivo de consulta inicial en el 24% de mujeres afectas de infección por HIV en un estudio reciente, (18) incluso precediendo a la candidiasis oral. Esta observación plantea la posibilidad de que la candidiasis vaginal crónica en una mujer con serología de HIV positiva deba considerarse un marcador precoz de SIDA.

En cuanto a la incidencia de lesiones neoplásicas de tracto genital bajo, numerosos estudios de la literatura médica han hallado relación entre aparición de neoplasia (lesión intraepitelial y carcinoma invasor) y diversos factores ligados al coito. Son clásicos ya los factores considerados de riesgo para neoplasia a éste nivel: inicio precoz de relaciones

sexuales, promiscuidad sexual de la mujer o de su pareja, infecciones por virus del papiloma humano, tabaco e inmunosupresión. (19) Como demuestran los resultados expuestos en esta trabajo, nuestro grupo de mujeres prácticamente cumple todos los requisitos para ser considerado un grupo de riesgo.

Llama la atención la "precocidad" sexual de nuestras pacientes. El 99% iniciaron relaciones sexuales durante la pubertad-adolescencia, el 25% antes de los 15 años. En cuanto a la promiscuidad, casi el 60% del grupo se declaró promiscua.

El 70% referían infecciones genitales previas. Aunque desconocemos el porcentaje de lesiones virales, hay que suponer que cuando existe una ETS pueden estar presentes todas las demás. Además hay que tener en cuenta que veintisiete pacientes presentaban condilomas acuminados en el momento de la exploración.

En nuestro material encontramos treinta y nueve sospechas citológicas de lesión intraepitelial de cérvix. Quedan incluidas las treinta y dos citologías compatibles con CIN y las siete sospechosas de infección por HPV. Dada la íntima relación entre los dos procesos, ya la nueva clasificación Bethesda (20) considera la infección por HPV como lesión epitelial de bajo grado. (21)

De estas treinta y nueve pacientes sólo pudimos realizar estudio colpo-histológico en veintiséis y confirmaron el diagnóstico de lesión intraepitelial en veinte casos, seis fueron lesiones epiteliales de bajo grado (cinco CIN I, un condiloma) y catorce lesiones intraepiteliales de alto grado (cinco CIN II, ocho CIN III y un VAIN II).

Dada la escasa tendencia de las pacientes a sucesivas visitas, (44,8% no volvieron a consulta para completar estudio), la incidencia de este tipo de lesiones en este grupo y para intentar

obviar los falsos negativos de citología, (22) a partir de un momento del estudio se incluyó la colposcopia como exploración de rutina en primera visita. No se realizó en aquellos casos en que la patología inflamatoria cervico-vaginal hacía difícil la valoración de las imágenes colposcópicas.

En conjunto realizamos treinta y dos biopsias de cérvix y una de vagina con hallazgo de un carcinoma escamoso de cérvix un VAIN II y veinticinco CIN (ocho lesiones de bajo grado y diecisiete lesiones de alto grado).

A reseñar, por su importancia, el caso de una paciente de 29 años remitida a consulta por menorragia vaginal tras aborto espontáneo y que clínicamente fue diagnosticada de carcinoma de cérvix, corroborado histologicamente, en estadio clínico de IIb de la FIGO. Era una paciente seropositiva sin signos clínicos de infección por HIV, en el momento de la consulta.

Este grupo de mujeres estudiadas resulta tener un altísimo riesgo de padecer patología ginecológica infecciosa y neoplásica de tracto genital bajo. El riesgo puede ser debido más a su conducta sexual, promiscuidad, que a su síndrome de inmunodeficiencia.

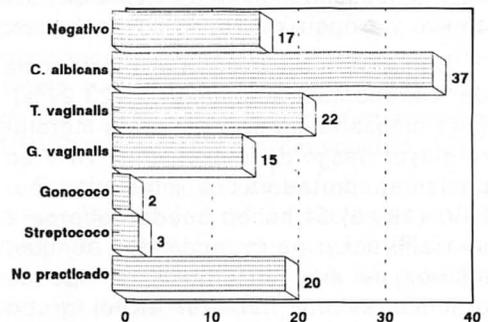


Figura 1: Resultado Bacteriológico

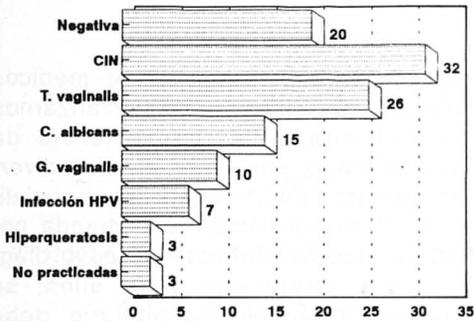


Figura 2: Resultado Citológico

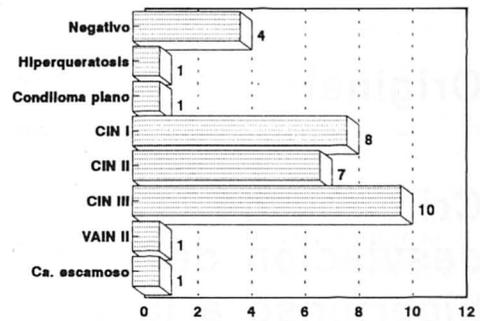


Figura 3: Resultado Histológico

**Bibliografía.**

- Delgado A. Manual SIDA. Guía practica para médicos generales. Ed OMC 1993; 1-18
- Gottlieb MS, Scheroff R, Schanker HM. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. New Engl J. Med 1981; 305: 1425-1431.
- CDC. Update on acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)- United States. MMWR 1982; 31: 507-514.
- CDC. Update acquired immunodeficiency syndrome United States. MMVR 1986; 35: 757-766.
- CDC. Changing patterns of acquired immunodeficiency syndrome in Hemophilia patients -United States. MMWR 1985; 34: 240-243.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. AIDS surveillance in Europe. Quatrely report nº 34. 30 june 1992.
- World Health Organisation. Global progamme on AIDS. July 1992.
- Nájera R. Epidemiología del SIDA en España. Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA. Ed. Prensa Científica. 1989: 40-47.
- Anónimo. Vigilancia del Sida en España. Registro Nacional del Sida. Situación a 31 de Diciembre de 1992. Enf Trans Sex. 1993; 7: 134-142.
- Anónimo. Epidemiología. Sida en Europa. A 30 de Septiembre de 1993. Enf Trans Sex. 1994; 8: 265-276.
- Monif GR. Impacto del Sida en ginecología. En Práctica ginecológica. Ed. Ediciones Consulta. Barcelona 1991; 27-34.
- Xercavins J, José D, Villanueva R, Foradada C, Prats F, Yazbeck H. Seropositividad frente al virus de la inmunodeficiencia humana en pacientes con enfermedad inflamatoria pélvica. Prog Obst Gine 1989; 32: 210-212.
- Sojo D, Fresneda A, Babin F, Lazaro A, Abad S. Aspectos ginecológicos de la

- asistencia a pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Prog Obst Gin 1989; 34: 201-205.
- Dávila FM, Barrio A. Recomendaciones para la prevalencia y control de la infección por el VIH. en La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Ed. Centro de estudios Wellcome España 1991: 218-229.
- Byrne M A, Taylor-Robinson D, Munday PE, Harris J. The common occurrence of human papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia in women infected by HIV. AIDS 1989; 3: 379-383.
- Matorras R, Ariceta M, Rementería A, Corral J, Gutierrez de Terán G, Diez, Montoya F, Rodríguez-Escudero F J. Human immunodeficiency virus-induced immunosuppression: A risk factor for human papillomavirus infection. Am J Obstet Gynecol 1991; 164:42-44.
- Maier JA, Bergman A, Ross MG. Acquired immunodeficiency syndrome manifested by chronic primary genital herpes. Am J Obstet Gynecol. 1986; 155:756.
- Rjoads JL, Wrigth C, Redfield RR. Chronic vaginal candidiasis in women with human immunodeficiency virus infection. JAMA. 1987; 257:3105.
- Puig Tintoré LM, JOu Collell P. Carcinogenesis del cuello uterino papel del papiloma humano (HPV). Enf Trans Sex 1988; 2:67-74.
- Tabbara S, saleh M, Andersen WA, Barber SR, Taylor PT, Crun CP. The bethesda classification for squamous intraepithelial lesion: histologic, cytologic, and viral correlates. Obstet Gynecol 1992; 79:338-346.
- Richart RM. A modified terminology for cervical inthaepithelial neoplasia. Obstet Gynecol 1990; 75: 131-132.
- Maiman M, Tarricone N, Vieira J, Suarez J, Serur E, Boyce JG. Colposcopic evaluation of human immunodeficiency virus-seropositive women. Obstet Gynecol 1991; 78: 84-88.