



REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

Fundador

Dr. JOAQUIN ZELEDON ALVARADO

Director

Dr. MANUEL ZELEDON P.

Jefe de Redacción

Dr. FERNANDO ZELEDON P.

CUERPO CONSULTIVO

Dr. ALVARO AGUILAR PERALTA

Ministro de Salubridad Pública

Dr. JOSE ML. QUIRCE M.

Director del Hosp. S. J. de D.

Dr. ARNOLDO FERNANDEZ SOTO

Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos

Sumario:

	Páa.
1.—DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER GENITAL	
Dr. Carlos M. Prada D., Dra. Cecilia Cordero S.	81
2.—ODONTOMA (Compuesto Combinado)	
Dr. José L. Esquivel C.	105
3.—DERMATOSIS PROFESIONALES EN COSTA RICA	
Dr. Elíren Solano A.	111

DIRECCION Y ADMINISTRACION

Apartado 978 — San José, Costa Rica — Teléfono 21-69-52

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XXXIV

MARZO DE 1967
Número 394
SAN JOSE, COSTA RICA

Tomo XXIV

Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital

Por

Dr. Carlos Ml. Praza Díaz * Dra. Cecilia Cordero S. **

El carcinoma de los órganos genitales femeninos sigue siendo causa de alta morbimortalidad. Los reportes estadísticos (10, 11, 15, 17, 20, 24, 29, 35) nos muestran cómo un considerable número de mujeres muere cada año por esta patología que en muchos casos pudo ser prevenida o bien tratada en un estadio en que la curación sería salvo excepción, segura.

Las neoplasias del tracto genital en cuanto a localización se refiere, guardan en términos generales la siguiente distribución 3% a 5% vulva; 2% a 5% vagina; 45 a 55 cuello uterino; 25% a 30% cuerpo y 12% a 22% ovario. La variedad tubárica es muy rara y por lo tanto despreciable desde el punto de vista estadístico (21). La importancia de estas cifras radica en demostrar que el cáncer genital en el 80 a 85% de los casos afecta estructuras accesibles a la simple vista o a los más comunes medios diagnósticos. Por lo tanto un sistema como el genital que puede explorarse en forma tan directa, facilita la aplicación de cualquier conducta preventiva. Si recordamos además la relación directa que guardan el estadio clínico, la terapéutica y el pronóstico no es necesario entonces insistir en que el cáncer genital es en el presente y será en el futuro, un problema de diagnóstico oportuno, incluyendo por supuesto, el reconocimiento y control de los llamados estadios precancerosos (6, 15, 17, 19, 35). Sin embargo, los métodos de diagnóstico precoz no se han generalizado en nuestro medio como sería necesario y si bien es cierto que el cáncer hoy día se diagnostica mejor que hace 10 a 15 años, también es cierto que permanecemos lejos de la meta que la medicina social y preventiva se proponen.

* Cátedra de Ginecología. Servicio de Ginecología Hospital Seguro Social.

** Servicio de Ginecología Hospital Seguro Social.

Los medios de que disponemos actualmente son diversos; ninguno de ellos perfecto, pero se complementan entre sí y en conjunto pueden dar resultados bastante seguros (4, 6, 15, 17, 18, 28, 30).

La biopsia, siguiendo el orden cronológico y por su importancia, ha sido empleada con mayor frecuencia; constituye el punto de partida del diagnóstico histológico y por lo tanto sus hallazgos ofrecen menor duda. Presenta sin embargo, el inconveniente de no poder practicarse sistemáticamente en los grupos vastos de población femenina, porque es incómoda para las mujeres que se someten a ella, no está exenta de la posibilidad de un sangrado de difícil control en la práctica de consultorio y, por supuesto, es gravosa desde el punto de vista económico (30).

Los resultados falsos negativos se presentan, no tanto por error en la interpretación histológica, sino al elegir el sitio de la toma. Para obviar este error se han ideado algunos medios que facilitan la escogencia de la zona alterada y, el que mejor responde a las necesidades de la práctica de consultorio, es la prueba de Schiller, aunque únicamente sirva para diferenciar un epitelio sano del patológico.

Un notable progreso fue alcanzado con el uso del colposcopio de Hinselmann, aparato que permite observar algunas de las estructuras del sistema genital con ampliaciones de 6 a 40 veces. Gracias a la colposcopia es posible reconocer el tipo de epitelio y los cambios patológicos sirven de guía para escoger la toma de la biopsia. El método ha sido utilizado con gran éxito, especialmente en Europa. Las estadísticas revelan su utilidad como método de selección y como procedimiento que permite una reducción importante en el número de biopsias (30).

Reicher usando la prueba de Schiller y la biopsia en la búsqueda del cáncer asintomático o no evidente del cuello uterino, encontró en 44.655 mujeres examinadas 0.05% de carcinomas. Zinser, asociando la colposcopia en 32.631 casos, encontró el 0.13 de carcinomas, es decir, casi triplicó el hallazgo de Reicher. En la clínica ginecológica de la Universidad de Viena, sobre un número total de 3.275 pacientes examinadas, se tomaron 149 biopsias, diagnosticándose carcinoma en 18 casos, lo que nos da un 12.07% en relación a biopsias, o bien un 4.5% de éstas en relación al número de pacientes exploradas. Años después, en un mismo centro, sobre 4.258 pacientes examinadas se tomaron sólo 80 biopsias de lesiones cervicales, en las cuales la sospecha de Ca. no pudo ser eliminada con certeza por el empleo sistemá-

tico de la colposcopia. El porcentaje de carcinomas encontrados se elevó a 31.2%, al tiempo que se disminuyó a 1.8% las biopsias (30).

En nuestro medio, el empleo de la colposcopia se inició a partir de julio de 1962, por O. Robert A. (31) del Instituto Carit, quien reporta haber encontrado en pacientes clinicamente sanas, carcinoma en el 0.49% y cérvix con atipias histológicas, en el 3.6% de los casos.

La citología, desde su introducción a la clínica por Papanicolaou y Traut en 1943, se ha difundido ampliamente; como todo método de gabinete no está exento de error, pero tiene la enorme ventaja de su sencillez en cuanto a la toma se refiere, de fácil aplicación a los grandes grupos de población, más económico y ha demostrado ya la utilidad en el control del carcinoma cervical insospechado o en fases pre-clínicas (3, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 22, 23, 25, 26, 27, 28; 33; 34; 35).

En el Instituto Carit la biopsia, la colposcopia y la citología fueron usadas en un principio aisladamente; luego en forma coordinada. En el Hospital Central del Seguro Social, hasta hace poco tiempo el método preferido ha sido el de la biopsia, pero hoy día va ganando terreno como procedimiento de selección, la citología.

La inquietud que motivó este trabajo ha sido la de revisar algunos de los métodos comúnmente usados en dos Servicios de Ginecología y Obstetricia de nuestros centros hospitalarios. Concretamente se refiere a 100 casos clínicos del Instituto Carit y 200 del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

El primer grupo, lo constituyen cien casos obtenidos al azar de pacientes aseguradas, a las que se les practicó biopsia de cérvix en la consulta externa de obstetricia (atención pre-natal) y ginecología del Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

100 casos	{	86 no embarazadas (ginecológicas)
		14 embarazadas

Sub Grupo A. (no embarazadas)

a) Distribución por décadas de edad:

11 -- 20 = 2 casos	41 -- 50 = 8 casos
21 -- 30 = 38 casos	51 -- 60 = 3 casos
31 -- 40 = 35 casos	
Menor edad = 20 años	Mayor edad = 54 años

b) Paridad:

Únicamente dos de las pacientes de este grupo eran multigestas; las restantes con un promedio de 5.1 partos. El 43% de estas mujeres consignaban historia de abortos: 2.1 promedio. La mayor paridad reportada fue de 17 partos.

c) Síntomas asociados:

De las 86 pacientes 72 (83.7%) presentaron leucorrea, la que fue identificada desde el punto de vista de laboratorio como: inespecífica 92%. Trichomoníasis en el 6.5% y por Cándida en el 1.5%.

Solamente un caso mostraba aparentemente sano el cérvix a la exploración clínica, aunque existía el antecedente de sangrado post menopáusico, hecho que motivó la toma de la biopsia. En los casos restantes, la lesión macroscópica fue catalogada desde el punto de vista clínico como de: erosión en 52 pacientes, úlcera en 32 casos y el restante como de leucoplasia.

d) Reporte histológico

86 casos	}	Cervicitis crónica: 59
		Cervicitis aguda y crónica: 9
		Endocervicitis: 4
		Displasia: 14
14 casos de Displasia	}	Leve: 10 casos
		Hiperactividad basal: 1 caso
		Severa: 3 casos

e) Prueba de Schiller:

La toma fue dirigida por este procedimiento sólo en el 41% de los casos.

Sub Grupo B. (pacientes embarazadas)

a) Distribución por décadas de edad:

11 - 20 = 1 caso	31 - 40 = 6 casos
21 - 30 = 6 casos	41 - 50 = 1 caso
Menor edad = 20 años	Mayor edad = 41 años.

b) Paridad:

Mayor paridad: 2 pacientes con 12 hijos. Promedio de partos 4.5. Historia de abortos se consignaba en 5 mujeres (1.6 de promedio).

c) Síntomas asociados:

La mayoría de las pacientes (11 de las 14) eran portadoras de leucorrea, en las que predominó el tipo "inespecífico".

Las lesiones macroscópicas se catalogaron de: erosión en 9 de ellas úlcera en 4 y 1 de pólipo.

d) Prueba de Schiller:

Solamente en 1 caso fue usada dicha prueba.

e) Reporte histológico:

Cervicitis crónica: 8 casos
 Cervicitis aguda y crónica: 3 casos
 Endocervicitis 2 casos
 Displasia leve: 2 casos.

f) Edad del embarazo:

La época de la gestión en que llevóse a cabo la toma de la biopsia osciló entre la octava y vigésima octava semana.

8ª Semana: 1 caso	22. Semana: 1 caso
12ª Semana: 6 casos	24ª Semana: 1 caso
16ª Semana: 1 caso	26ª Semana: 1 caso
20ª Semana: 1 caso	28ª Semana: 1 caso

OTROS SINTOMAS CLINICOS:

El sangrado post coito se encontró consignado en 11 documentos clínicos (2 pacientes gestantes y 11 ginecológicas).

La segunda parte de la revisión, está representada por cien pacientes controladas en los mismos servicios de la consulta externa del Hospital Central, con la diferencia de que el método de selección utilizado ha sido el de la citología vaginal.

Se obtuvo, en forma no seleccionada, 100 casos de pacientes a las que se les realizó la colpo-citología en las consultas pre-natal y ginecología.

$$100 \text{ casos} \left\{ \begin{array}{l} 60 \text{ embarazadas} \\ 40 \text{ sin gestación (ginecológicas)} \end{array} \right.$$

Sub Grupo A. Pacientes embarazadas

a) Distribución por décadas de edad:

$$\begin{array}{ll} 11 - 20 = 2 \text{ casos} & 31 - 40 = 20 \text{ casos} \\ 21 - 30 = 35 \text{ casos} & 41 - 50 = 3 \text{ casos} \\ \text{Menor edad} = 18 \text{ años} & \text{Mayor edad} = 41 \text{ años} \end{array}$$

b) Paridad:

Cuatro punto cinco partos promedio. El 21.8 de estas pacientes con antecedentes de 1 aborto.

CLASIFICACION CITOLOGICA

Cincuenta y cinco casos fueron reportados como citología Clase I, 4 como citología Clase II. o (Clase II atípico), el restante correspondió a una Clase III sospechosa

1. Citología Clase I.

$$55 \text{ casos} \left\{ \begin{array}{l} 34 \text{ con lesión macroscópica de cérvix} \\ 21 \text{ sin lesión aparente} \end{array} \right.$$

La imagen clínica de la lesión macroscópica fue catalogada de:

$$34 \text{ casos} \left\{ \begin{array}{l} 29 \text{ erosión} \\ 3 \text{ úlcera} \\ 2 \text{ ectropión} \end{array} \right.$$

El 55.8% de este grupo de pacientes, con lesión cervical, eran portadoras de leucorrea, que con la excepción de 2 casos en que se identificó trichomonas, pertenecían a la variedad inespecífica.

Las 21 mujeres con cérvix aparentemente sano aquejaban leucorrea en el 28.5% y al igual que en los grupos anteriores, predominó la variedad inespecífica.

2.—Clase II y Clase II atípica.

Lo forman 4 casos, 3 de ellos reportados como Clase II atípica. Desde el punto de vista clínico, 1 de las pacientes con cérvix aparentemente sano. Las restantes con erosión cervicci y leucorrea inespecífica.

3. -Clase III sospechosa.

Se trata de 1 paciente con lesión macroscópica (erosión), cuya biopsia puso en evidencia una displasia.

Edad del embarazo:

La época del embarazo en que se tomó la colpocitología varió entre la sexta y la cuadragésima semana.

6ª Semana: 1 caso	20ª Semana: 5 casos
8ª Semana: 1 caso	26ª Semana: 3 casos
24ª Semana: 4 casos	27ª Semana: 4 casos
25ª Semana: 3 casos	28ª Semana: 3 casos
10ª Semana: 2 casos	30ª Semana: 3 casos
12ª Semana: 5 casos	32ª Semana: 5 casos
14ª Semana: 4 casos	34ª Semana: 2 casos
16ª Semana: 5 casos	36ª Semana: 7 casos
18ª Semana: 2 casos	40ª Semana: 2 casos

Sub Grupo B. Pacientes sin gestación.

a) Distribución por décadas de edad:

11 -- 20 = 1 caso	51 -- 60 = 3 casos
21 -- 30 = 12 casos	71 -- 80 = 2 casos
31 -- 40 = 16 casos	81 -- 90 = 1 caso
41 -- 50 = 5 casos	
Menor edad = 20 años	Mayor edad = 83 años

b) Paridad:

Treinta y ocho de las pacientes con un promedio de 6.5 partos. El 32.5 con historia de 1 aborto.

CLASIFICACION CITOLOGICA.

Veinticinco de las pacientes con citología negativa (Clase I), 9 casos Clase II, 4 casos con citologías II a III sospechosa, III y III sospechosa. Finalmente 2 casos Clase V.

1.—Citologías negativas (Clase I).

25 casos	{	16 con lesión macroscópica	{	erosión 13 casos
		9 sin lesión macroscópica		ectropión 1 caso
				úlceras 2 casos

La leucorrea acompañaba a la mayoría de este grupo (80%) y fue clasificada exclusivamente del tipo inespecífico. Este porcentaje incluye la casi totalidad de las pacientes con cérvix ulcerado y más de la mitad con cuello aparentemente sano.

2.—Clase II (II atípico y II inflamatorio).

Está representado por 9 casos distribuidos de la siguiente manera:

Siete con lesión macroscópica del cérvix (6 con erosión y 1 con úlcera) y leucorrea inespecífica. Dos casos sin lesión, ambos con leucorrea (inespecífica y trichomoníasis).

3.—Clase II a III sospechosa.

Lo forman 4 pacientes: la primera con un reporte de II a III sospechosa y úlcera cervical; la segunda (Clase III) con cérvix erosionado y leucorrea inespecífica y los 2 restantes, reportados como Clase III sospechosa, presentaban cérvix ulcerado y leucorrea también inespecífica.

4.—Clase V.

Se trata de 2 pacientes con diagnóstico clínico de Carcinoma. Es importante enfatizar, sin embargo, que una de ellas había sido controlada por la misma sospecha clínica mediante el sistema de la biopsia simple, sin que se pusiera en evidencia la malignidad.

A fin de dilucidar la condición histológica, se complementó la investigación en este grupo de pacientes con la biopsia simple en 5 casos. Relación:

Clase III sospechosa "con embarazo": displasia.
 Clase III sospechosa "con espiral": displasia.
 Clase III sospechosa: endocervicitis.
 Clase V "2 casos": carcinoma epidermoide.

En resumen, el 80% de las pacientes presentaban una citología clase I (55 con y 25 sin embarazo). El 20% restante, comprendía los casos con citologías entre Clase II y Clase V.

El 33% de las pacientes sin lesión macroscópica aparente y el 67% con cérvix alterado desde el punto de vista clínico.

El último grupo por analizar se refiere a cien casos cuyas citologías fueron reportadas entre las Clases II a V. Este material fue obtenido de los Archivos del Instituto Carit, en donde se realiza, sistemáticamente, colpocitología a toda paciente que se presenta por vez primera a la consulta prenatal o de ginecología, o bien, en aquellos casos en que se tiene la sospecha de orden clínico.

Dicho material se reunió después de practicar 4.016 tomas citológicas que representan por lo tanto un 2.4%.

Distribución por décadas de edad del grupo total:

11 -- 20 = 7%	41 -- 50 = 9%
21 -- 30 = 47%	61 -- 70 = 3%
31 -- 40 = 34%	
Menor edad = 18 años	Mayor edad = 68 años

Sub Grupo A. Pacientes embarazadas (70%).

a) Distribución por décadas de edad:

11 -- 20 = 6 casos	31 -- 40 = 21 casos
21 -- 30 = 39 casos	41 -- 50 = 4 casos
Menor edad = 18 años	Mayor edad = 43 años

b) Paridad:

Promedio de partos: 4.8. La quinta parte con un promedio de 2.1 abortos.

CLASIFICACION CITOLOGICA

1.—Clase II.

Una vez más seguimos la conducta de investigar la presencia o no de lesión cervical o leucorrea. Está formado este Sub Grupo por 47 casos, 29 de ellos con lesión cervical y 18 sin ella.

Lesión cervical 29 casos	{ ectropión 2 casos úlcera 10 casos erosión 17 casos	23 con leucorrea	{ Trichomonas 5 Cándida 3 Inespecíficas 15
Sin lesión cervical 18 casos		10 con leucorrea	{ Trichomonas 3 Inespecíficas 3 Cándida 4
		33 pacientes con leucorrea	{ Trichomonas 8 Inespecífica 18 Cándida 7

2.—Clase III

Está representado por 21 pacientes, 11 de las cuales presentaron lesión ulcerosa y 10 con ello aparentemente sano.

11 con lesión	{ Ectropión 1 Úlcera 9 Erosión	Con leucorrea	{ Trichomonas 2 Inespecífica 4 Cándida 3
10 pacientes sin lesión cervical (con leucorrea 7)			{ Trichomonas 2 Inespecífica 3 Cándida 1 Trichomonas y Cándida 1
Total de pacientes con leucorrea: 16			{ Trichomonas 4 Inespecífica 7 Cándida 4 Mixta 1

3.—Clase III sospechosa.

Un caso sin lesión macroscópica y con leucorrea inespecífica.

4.- Clase IV

Se trata de una paciente con lesión ulcerosa y leucorrea de inespecífica, cuya citología fue reportada como sospechosa de Ca. In Situ.

Edad de embarazo: Las tomas citológicas se llevaron a cabo entre la cuarta y la cuadragésima semana, pero el mayor número correspondió a la época del tercer trimestre.

Sub Grupo B. 30 Pacientes Ginecológicas.

a) Distribución por décadas de edad:

11 — 20 = 2	41 — 50 = 5
21 — 30 = 7	61 — 70 = 3
31 — 40 = 13	

Menor edad = 18 años

Mayor edad = 68 años

b) Paridad:

Promedio de partos 6.4. Mayor paridad 16 hijos. Un tercio de las pacientes sufrieron abortos con un promedio de 2.8.

CLASIFICACION CITOLOGICA

Las 30 pacientes eran citologías de las Clases II, III y V.

1.—Clase II.

Veintiún casos; 11 de ellos con lesión macroscópica cervical "5 por úlcera y 6 de erosión". Ocho de las pacientes parecían leucorrea (en 2 casos se encontró trichomonas y en las restantes el laboratorio reportó tipo inespecífico).

2.—Clase III.

Formado por 6 casos, en 5 de los cuales se encontró lesión cervical (4 con úlcera y 1 con erosión). Cuatro de estas pacientes con leucorrea inespecífica. Únicamente un caso (portador de trichomonas) mostró el cuello aparentemente sano.

3.—Clase V.

Dos de estos casos, habían sido catalogados como carcinoma

desde el punto de vista clínico, sospecha que confirmó la citología. En la otra paciente, con una erosión cervical, la malignidad fue puesta de manifiesto por la citología.

En el Instituto Carit, a toda paciente con citología alterada o cuando la sospecha clínica es importante, se procede a realizar biopsia dirigida mediante colposcopio. A continuación se señala la relación obtenida entre la imagen colposcópica, la citología y el reporte histológico.

CLASE II. CON EMBARAZO

Lesión Macroscópica	Imagen Colposcópica	Reporte Biopsia
Sí	Ectopia	No hubo
Sí	Ectopia	No hubo
Sí	{ Leucoplasia Leucoplasia Mosaico	{ Cervicitis displa- sia moderada Cervicitis-reac- ción decidual Cervicitis
Sí	Zona Roja	Cervicitis
Sí	Ectopia	Cervicitis
Sí	Zona Roja	Cervicitis
Sí	Mosaico	Cervicitis
Sí	Zona roja	Cervicitis

CLASE II. SIN EMBARAZO (ginecológicas)

No	Ectopia	Ca. reporte operatorio
Sí	Zona roja	Cervicitis
No	Zona roja	Cervicitis displasia
Sí	Zona roja	Cervicitis
Sí	Ectropión	Cervicitis aguda y crónica
No	Zona roja	Cérvix sano

CLASE III. CON EMBARAZO

Lesión Macroscópica	Imagen Colposcópica	Biopsia
No	Mosaico sospecha Ca.	Cervicitis displasia moderada
No	Zona roja	Cervicitis crónica
Sí	{ Zona roja y atí- pia vascular	{ Cervicitis - displasia Ca. in Situ (conización) Cervicitis (Histerectomía)
No	Negativa	Cervicitis
Sí	Mosaico	Cervicitis aguda y crónica
Sí	Mosaico	Cervicitis displasia leve
Sí	Mosaico	Cervicitis
No	Zona Roja	{ Ca. invasor? Ca. in situ (conización) Cervicitis (Histerectomía)
No	Zona Roja	Cervicitis
Sí	Mosaico	Cervicitis
Sí	Zona roja	Cervicitis
No	Mosaico sospecha Ca.	Cervicitis-displasia moderada
Sí	Mosaico	Cervicitis aguda y crónica
No (sospechosa)	Zona roja	Cervicitis aguda y crónica
No	Mosaico leucoplasia	Cervicitis displasia
Sí	Sospecha Ca.	Cervicitis con displasia
No	Zona Roja	Cervicitis
Sí	Zona roja	Cervicitis hiperactividad basal
No	Zona Roja	Cervicitis aguda

CLASE IV. CON EMBARAZO

Lesión Macroscópica	Imagen Colposcópica	Biopsia
Sí	Sospecha Ca	Cervicitis aguda y crónica

CLASE III. GINECOLOGICAS

Sí	{ Zona roja Leucoplasia	{ Cervicitis displasia Cervicitis displasia severa (en el cono)
No	Zoja Roja	Endocervicitis aguda y crónica
Sí	Mosaico sospecha de Ca.	{ Carcinoma in Situ Carcinoma in Situ (conización) Cervicitis (histerectomía)
Sí	Transformación	{ Cervicitis-displasia Cervicitis en el cono
Sí	Zona Roja	Cervicitis crónica
Sí	Zona Roja	Carcinoma in Situ

CLASE V. GINECOLOGICAS

Clínicamente Ca.	No	Ca. Epidermoide invasor
Clínicamente Ca.	No	Ca. Epidermoide invasor
Erosión	No	Ca. invasor

Otros Síntomas.

a) Pacientes embarazadas.

Sangrado post-coito:

Referido únicamente en un caso de cérvix alterado cuya citología se reportó Clase II.

Sangrado al tacto:

Este síntoma lo presentaron 5 pacientes con citología Clase II (1 sin lesión macroscópica). Una paciente con citología Clase III (cérvix ulcerado) y, finalmente, el caso reportado como sospechoso de Carcinoma In Situ.

Dos de las pacientes (Citologías Clase II y III) con lesión macroscópica señalaron conjuntamente dos síntomas anteriormente descritos.

Pacientes ginecológicas.

Leucorrea sanguinolenta:

Fue reportado solamente un caso cuya citología correspondía a una Clase III (sin lesión cervical).

Sangrado post coito.

Referido por una de las pacientes catalogada como Clase V.

Sangrado al tacto;

Cinco pacientes refirieron este síntoma y pertenecían, dos de ellas, a las Clase (II sin lesión) y las otras tres catalogadas como Clase III, todas con lesión cervical.

Sangrado post-coito y al tacto:

Fue consignado en el documento clínico de 3 pacientes, todas con lesión macroscópica; pertenecían 1 a la Clase V (clínicamente Ca.) y las otras 2 a la Clase III.

Sangrado post-menopáusico:

Un caso cuyo cérvix aparentaba ser sano, pero la citología lo reportó como Clase V.

Piometra:

Este síntoma lo presentó una paciente que a la exploración mostraba el cérvix aparentemente sano, la imagen colposcópica fue de ectopia y constituye el único caso de error citológico, pues el reporte operatorio puso de manifiesto que se trataba de un carcinoma invasor.

Controles citológicos:

a) Pacientes embarazadas:

En 12 casos Clase II se realizó este tipo de control, cinco de los cuales permanecieron dentro de la Clase II y los restantes, después de tratamiento de su vaginitis, se reportaron como Clase I.

En 8 casos el control se llevó a cabo por reporte de citología Clase III, permaneciendo sólo 1 caso en la misma clasificación. En 6, el nuevo reporte fue de Clase II y el restante Clase I; a todas estas pacientes se les sometió a tratamiento específico de su vaginitis.

b) Pacientes sin embarazo: Ginecólogas.

Cinco casos de la Clase II fueron controladas después del tratamiento médico; únicamente en una de las pacientes persistió la citología como Clase II.

Clase III.

Se trata de una paciente con 2 controles reportados como Clase III y Clase I.

CONCLUSIONES

a) Primer Grupo:

El bajo porcentaje de mujeres embarazadas que fueron sometidas a biopsia, demuestra que los inconvenientes de este procedimiento restringen, en forma que no da lugar a dudas, la aplicación de medidas preventivas a pacientes que por su edad, paridad (5.1 y 4.5 promedio), antecedentes de aborto (aproximar-

damente en el 40%), presencia de infección vaginal 83.7 y 78.5%), lesiones cervicales y la misma gestación, obligan a prestar atención cuidadosa (1, 2, 6, 10, 15, 16, 20, 29).

Ese mismo porcentaje cobra más interés, si tomamos en cuenta la mayor proporción de consultas impartidas en el servicio de atención prenatal. En efecto, el Instituto Carit reporta 3.261 y 1680 casos nuevos de atención prenatal durante los años 1964 y 1965, respectivamente, en contra de 715 y 447 pacientes que ingresaron durante el mismo lapso a la Consulta Externa de Ginecología. Guardan, entonces, una proporción de 3 a 1.

En el Hospital Central del Seguro Social, durante el año 1965, se impartieron 17.258 consultas en el Servicio Pre-natal y 11.963 en el Servicio de Ginecología.

Tampoco debe pasar inadvertido el hecho de que la biopsia se aplicó en el 99% a pacientes con lesión macroscópica, dejando sin oportunidad de diagnóstico precoz a aquellas mujeres con alteraciones histológicas, aunque clínicamente sanas (3, 5, 8, 13, 17, 22, 26, 34, 35).

Asimismo, no debe olvidarse que la prueba de Schiller sólo se usó en el 42% de la totalidad de las biopsias; éstas, se practicaron en el 50% de los casos durante el primer trimestre de gestación.

El 16.27% de las pacientes ginecológicas y el 14.28% de las embarazadas mostró algún grado de displasia.

Se prestan estos datos para pensar que constituye la biopsia un gravoso procedimiento oportuno (0.0% de alguna forma de cáncer genital). Puede entonces ser suplantado por la colpocitología cuando se aplique como método de selección (13-30).

b) Segundo Grupo:

Muestra que fueron sometidas al estudio citológico, fundamentalmente, las mujeres embarazadas (con o sin lesión), habiéndose el procedimiento con más criterio preventivo. La facilidad del método permitió su uso a través de todo el tiempo de gestación (5, 6, 9, 12, 13, 22, 26).

La igualdad de condiciones médico-socio-ambientales de las 300 pacientes nos explica la semejanza de las cifras obtenidas

en relación a: edad, paridad, abortos, etc., 1, 2, 16.

El 91.6% de las embarazadas se clasificaron citológicamente dentro del grupo de la Clase I y, no debe olvidarse, que en el 61.8% la exploración vaginal había puesto en evidencia algún tipo de lesión cervical. Se hizo presente la leucorrea en el 55.8% de los casos con cérvix alterado y en el 28.5 en que se mostraba clínicamente sano (32).

Del grupo de pacientes ginecológicas el 62.5% pertenecía a la Clase I, en tanto que del 37.5% reunía los casos con Clasificación II a V.

En el 64% de los casos Clase I y en el 86.6% con algún tipo de alteración citológica se consignó lesión cervical. Estas cifras nos obligan a meditar que de no haber contado con la citología hubiera sido necesario practicar gran cantidad de biopsias, procedimiento que fue reservado sólo para el 6% (5% para ginecológicas y 1% para embarazadas), cifras aún altas si las comparamos con las de Erickson, Pietri y Song 13, 30, 35).

En el 9% de las pacientes que fueron tomadas como clínicamente sanas se obtuvo un reporte citológico de Clases II hasta III sospechoso.

La biopsia cuando fue practicada, demostró displasia en el 50% y confirmó la presencia de un carcinoma invasor en los dos casos que habían sido catalogados como Ca., tanto por la clínica como por la citología. Esta, en el 3%, llamó la atención sobre presencia de una lesión histológica que habían escapado el diagnóstico clínico. La biopsia asimismo ratificó en el 83.3% los hallazgos citológicos, porcentaje que está de acuerdo con los reportados por diferentes autores 8, 9, 13, 17, 22, 33.)

c) Tercer Grupo:

Representa como se dijo ya, los casos con citologías alteradas (2.4%). El grupo mayoritario está constituido por las mujeres embarazadas debido a que el método fue aplicado a una consulta más numerosa, pero es permitido pensar que la gestación favorece la instalación de procesos infecciosos y asimismo los tejidos sufren los cambios histológicos ya conocidos (20).

Una vez más se puso de manifiesto la similitud de cifras respecto a distribución por décadas de edad, paridad, número

de abortos, etc. En el 40% el cérvix se reportó como clínicamente sano (29 en embarazadas y 11 ginecológicas). A 14 pacientes con Clase II, 25 con Clase III, 1 de Clase IV y a 3 de la Clase V, se les practicó colposcopia. En 11 de estos 43 casos el cérvix se presentó clínicamente sano.

En 12 de las 14 pacientes reunidas en la Clase II se completó el estudio con biopsia y se hallaron 2 displasias. El reporte histopatológico post operatorio de una paciente de este grupo fue de carcinoma epidermoide y constituye el único caso comprobado de falso negativo, cifra comparable a la reportada por Díaz Durán (11).

En los 25 casos Clase III, la biopsia puso en evidencia 9 displasias y 3 carcinomas in situ. Correspondió a una endocervicitis el caso reportado como Clase IV. Y resultaron ser carcinomas epidermoides invasores los que citológicamente se habían reportado como Clase V.

La citología llamó la atención en algunos casos en que clínicamente el cérvix aparentaba estar sano; en efecto, fueron diagnosticados una displasia, con citología Clase II; tres displasias con Citologías Clase III, un carcinoma in situ y un invasor con Clase III. Los falsos positivos son semejantes en cuanto a porcentajes se refieren, con los reportados por los diferentes autores (11, 20, 28, 33).

Aunque la citología se usó con criterio amplio de diagnóstico, los hallazgos corresponden especialmente a patologías cervicales debido a que las otras neoplasias genitales, aparecen por lo general en edades más avanzadas (Ca. de endometrio, de vagina y vulva (16).

RECOMENDACIONES PARA INICIAR UNA CAMPAÑA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER GENITAL EN UN SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

A pesar de los avances quirúrgicos o radio terapéuticos en el tratamiento del cáncer, baja es la reducción conseguida en lo que a mortalidad se refiere. Estos hechos han unado los esfuerzos en todos los terrenos de lucha contra esta enfermedad, dirigidos, especialmente, a conseguir un diagnóstico precoz.

El embarazo constituye una excelente ocasión para investigar el cáncer genital en sus etapas iniciales, puesto que la mu-

jer da mayor atención a la presencia de algunos síntomas como la leucorrea o el sangrado. A veces la consulta prenatal representa la única oportunidad que tiene el médico de explorar el tracto genital. Si bien es cierto que la asociación de Ca. y embarazo es raro (29), también lo es que dicha asociación constituye una de las complicaciones más serias de la gestación.

Si se está interesado en poner en práctica alguna campaña preventiva, debe de combinarse entonces el uso de las pruebas de selección: Citología de Papanicolaou, Colposcopia de Hinsemann y la Prueba con yodo de Schiller. Las dos últimas se limitan en su investigación hasta un nivel colocado a la altura del orificio externo del cérvix, en tanto que la primera de las pruebas mencionadas, permite el diagnóstico de neoplasias en situación más alta. Tanto la colposcopia como la citología se usarán sólo como métodos de selección y siempre será mejor llegar a las conclusiones finales apoyado en el examen microscópico obtenido por la biopsia.

No es necesario insistir sobre la aceptación universal que la citología tiene como método de diagnóstico precoz de cáncer genital (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 17, 22, 23, 25, 27, 28, 33, 34, 35, 37). Por lo tanto se le practicará a toda paciente que se presente por vez primera a la consulta del servicio de Ginecología y Obstetricia, o bien, a toda paciente con síntomas o signos de patología cérvico-uterina. Cuando el procedimiento se lleve a cabo en forma rutinaria se hará en aquellas mujeres por arriba de los 25 años o bien, menores de esta edad cuando hayan tenido hijos o sean portadoras de algún tipo de patología cervical (16-23). Las pacientes que se clasifiquen como citología II pueden controlarse periódicamente por el mismo método. Las clases III hasta V serán sometidas a Colposcopia. Este sistema complementario es el que recomiendan Graham (17), Bret (4), Navratil (28) y Wield (37), con el fin de disminuir los errores.

Al mismo tiempo sabemos que siguiendo lo anteriormente propuesto se obtendrá en forma que no deja lugar a dudas, una reducción considerable de biopsias innecesarias (18, 13, 4, 28, 30), con la consiguiente economía de tiempo y dinero. Finalmente, tendremos la seguridad de enviar al patólogo una biopsia que constituye el espécimen más representativo de la condición histológica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—AGUILAR, B. M. Histerectomías. Rev. Fed. Centroamericana Sociedades, Obs. y Ginec. 3: 19, 1963.
- 2.—AGUILAR, B. M. Histerectomía Total Vs. Histerectomía. Rev. Médica de Costa Rica. 20: 335, 1963.
- 3.—BREDHAL. Cancer Detección. Acta Cytológica. 9: 189, 1965.
- 4.—BRET. COUPEZ. Colposcopie. Masson y Cia. 1960.
- 5.—BURNS, E. Cytology in Uterine Cancer Deteccion Program. Am. J. Obst. & Gynec. 77: 973, 1959.
- 6.—CASTILLO, D. Diagnóstico y Tratamiento del Carcinoma "in situ" del Cérvix. Ginecología y Obstetricia de México. 21: 79 1966.
- 7.—CUYLER, K. W. Cytology Study of Genital Smears. Am. J. Obst. & Gynec. 62: 262, 1951.
- 8.—CHRISTOPHERSON, W. The Control of Cervix Cancer. Acta Cytologica. 10: 6, 1966.
- 9.—DEAN, R. Cervical Carcinoma In Situ in Pregnancy. Obst. & Gynec. 20: 633, 1962.
- 10.—DIAZ, B. Aspecto Epidemiológicos del Cáncer del Utero en El Salvador. Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec. V: 29, 1965.
- 11.—DIAZ, D. Detección Precoz del Cáncer del Cérvix. Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obs. y Ginec. V: 7, 1965.
- 12.—DIDDLE, A. W. Cervical Carcinoma. Am. J. Obst. & Gynec. 84: 745, 1962.
- 13.—ERICKSON, C. Population Screening For Uterine Cancer By Vaginal Cytology. J. A. M. A. 162: 167, 1956.
- 14.—FARAJ, J. E. Detección Precoz del Cáncer del Cérvix. Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec. V: 12, 1965.
- 15.—FORNO, R. Estado Actual del Tratamiento del Cáncer del Cérvix. Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec. V: 27, 1965.
- 16.—GRAHAM, J. Gynecologic Acancer Type. Obst. and Gynec. 23: 177, 1964.
- 17.—GRAHAM, R. Screening for Cervical Malignancy. Am. J. Obst. & Gynec. 84: 1013, 1962.
- 18.—GUERRERO, J. Diagnóstico Colposcópico. Ginecología y Obstetricia de México. 12: 403, 1957.
- 19.—GUEVARA, C. Cáncer del Cuello Uterino. Rev. Médica de Costa Rica. 18: 285, 1961.
- 20.—HERRERA, A. Carcinoma Cérvico Uterino y Embarazo. Semana Médica de C. A. 1: 399, 1965.
- 21.—HERTIG, A. T. Tumors of the Female Sex Organs. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D. C. 1961.
- 22.—ISBEL, P. The Vaginal Smear in Pregnant and Nonpregnant Women. Acta Cytologica. 10: 87, 1966.

- 23.—KASHIGARIAN, M. A. Survey of Public Awareness of Uterin Cytology. *Acta Cytologica*, 9: 189, 1965.
 - 24.—MENA, H. Frecuencia del Cáncer en Costa Rica. *Acta Médica Cost.* 7: 19, 1964.
 - 25.—MENDIETA, E. El Diagnóstico Precoz del Cáncer Genital. *Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec.* V: 16, 1965.
 - 26.—MOORE, J. G. Superficial Carcinoma of the Uterine Cervix in Pregnancy. *Surg. Gynec. & Obst.* 113: 339, 1961.
 - 27.—MUSSAY, E. Carcinoma In Situ of the Cervix. *Am. J. Obst. & Gynec.* 77: 957, 1959.
 - 28.—NAVRATIL, E. Valor del Uso Simultáneo de la Citología y de la Colposcopia en el Diagnóstico Precoz del Carcinoma del Cuello Uterino. *Progresos de la Ginecología*, II. Editorial Científico Médica, Barcelona 1958, Pág. 112.
 - 29.—PIEDRA, W. Tesis Profesional. 1965.
 - 30.—PIETRI, C. M. Biopsia Dirigida del Cuello Uterino. *Rev. Obst. y Ginec. de Venezuela*. 4: 627, 1960.
 - 31.—ROBERT, O. Detección del Cáncer en Costa Rica. *Rev. Médica de Costa Rica*. 22: 57, 1965.
 - 32.—ROBERT, O. Leucorreas en nuestro medio. *Rev. Médica de Costa Rica*. 21: 365, 1964.
 - 33.—SCHIFFER, M. Cervical Conization in Carcinoma in situ. *Am. J. Obst. & Gynec.* 93: 890, 1965.
 - 34.—SLATE, T. Cytological Detection of Uterine Cancer. *Am. J. Obst. & Gynec.* 93: 890, 1965.
 - 35.—SONG, Y. S. Dual Smear Examination in Uterine Cancer Survey. *Am. J. Obst. & Gynec.* 78: 1309, 1959.
 - 36.—URBINA, M. Diagnóstico y Tratamiento del Ca. Uterino en el Hospital de Maternidad de San Salvador. *Rev. Fed. Centroamericana Sociedades Obst. y Ginec.* V: 23, 1965.
 - 37.—WIELD, G. Is There a Place for the Colposcopic in an Established Cytologic Screening Program for Uterine Cancer. *Acta Cytologica*, 8: 321, 1964.
-

Odontoma (Compuesto Combinado)

Reporte de un caso.

Por

Dr. José Luis Esquivel Cooper *

El término "odontoma", por definición simple, se refiere a cualquier tumor de origen odontogénico. Sin embargo, su significado, en su uso corriente, significa un crecimiento en donde ambas células, las epiteliales y las del mesenquima, presentan diferenciación total con el resultado de formación de esmalte y dentina por los ameloblastomas y odontoblastos funcionales. Este esmalte y dentina generalmente son depositados en un patrón anormal debido a que la organización de las células odontogénicas no llegan a un estado normal de morfolodiferenciación.

Este tumor está compuesto de más de un tipo de tejido, y por esta razón, ha sido llamado odontoma compuesto. En algunos de este tipo, el esmalte y la dentina son depositados de tal manera que su estructura guarda considerable semejanza anatómica a los dientes normales con la excepción de que estos a menudo son más pequeños que los dientes típicos.

REPORTE DE UN CASO

HISTORIA.—Una mujer de 39 años de edad fue admitida al Hospital San Juan de Dios el 13 de mayo de 1961 con queja de una fistula debajo del borde inferior de la mandíbula, en el área del canino inferior izquierdo, con secreción purulenta (Fig. 1). La paciente fue sometida anteriormente a un errado curetaje por haberse hecho una placa radiográfica muy falta de detalle, errándose el diagnóstico por una osteomielitis. Esta paciente había estado edéntula por algún tiempo; notando un aumento de tama-

* Profesor Jefe Sección de Cirugía Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Costa Rica

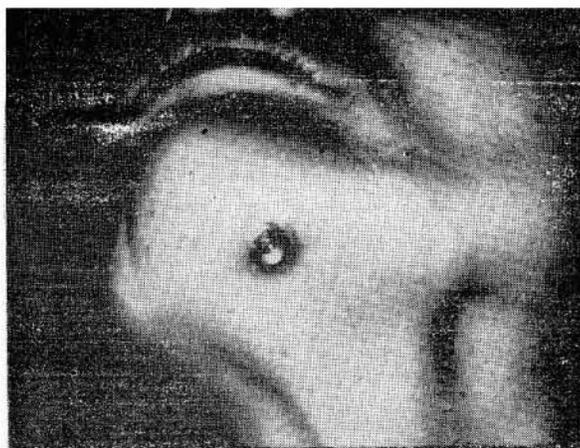


Foto 1

ño en el aspecto bucal del canino izquierdo; confesando también haber secuestrado espontáneamente una pequeña espícula ósea desprendida del proceso alveolar dentro de la boca.

EXAMEN FISICO.—La paciente, un tanto desnutrida, alerta y sin ninguna molestia, a excepción de su queja principal por ser de índole estética. Los exámenes por sistemas no revelaron ningún hallazgo de importancia.

EXAMENES DE LABORATORIO.—Normales.

EXAMENES RADIOGRAFICOS.—Se llevó a cabo un examen radiográfico de todas las áreas alveolares. La placa del área del canino izquierdo reveló una área radiolúcida con un contenido de numerosos cuerpos radiopacos semejantes a dientes y también la presencia de un bien desarrollado canino retenido en posición horizontal debajo del odontoma. (Fig. 2).



Foto 2

TRATAMIENTO.—El 20 de mayo de 1961 se sometió la paciente a la intervención quirúrgica con anestesia local, empleándose cloruro de xilocaína al 2% y epinefrina al 1: 100.000, mediante la técnica mandibular por bloqueo del nervio inferior alveolar, reformando con infiltración dentro de los tejidos blandos alrededor del tracto fistuloso sobre la piel; con el propósito de extirpar el tracto ya epitelizado sin dolor. Los bordes de esta herida se suturaron con puntadas de nylon 5 - 0. La incisión dentro de la cavidad oral se extendió desde la molar primera a la línea media. Se separó el colgajo para exponer el hueso el cual fue removido en su totalidad, con la salvedad de haberse dejado el canino retenido para evitar una posible fractura espontánea de la mandí-

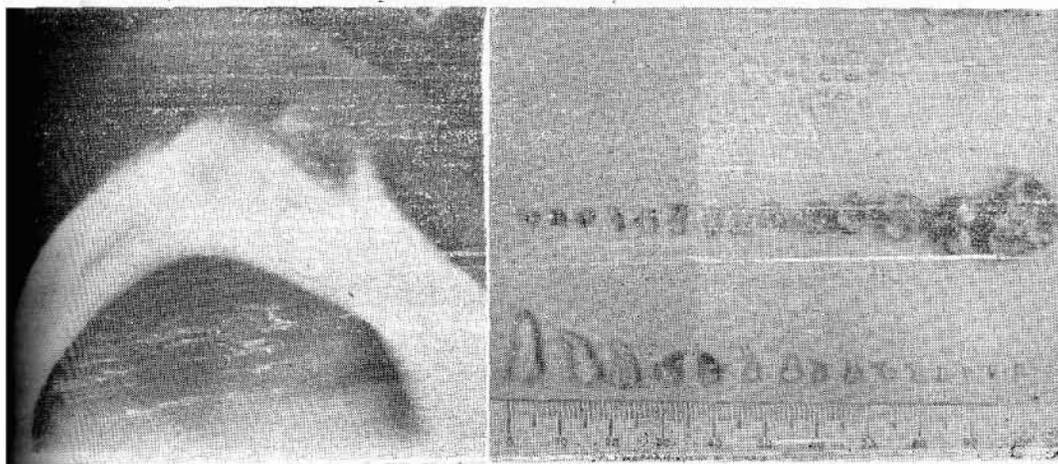


Foto 3

Foto 4

bula (Fig. 2-3). El odontoma estaba compuesto de más de cien diente-cillos bien formados.

La cavidad se rellenó con Gelfoam y al paciente se le recetó eritromicina, 250 mg., cada 6 horas por tres días, dypirona P. R. N., y 1 cc., de varidasa inyectado cada 8 horas por tres días. Las puntadas se quitaron 4 días después, he hizo el control radiográfico con placa oclusal siendo el episodio postoperatorio sin ninguna consecuencia.

REPORTE ANATOMOPATOLOGICO.—El espécimen consiste de varias estructuras de masas amorfas calcificadas, y muchos diminutos denticulos pasando sobre el número de cien. (Fig. 4).

REPORTE MICROSCOPICO.—Las secciones a través del tejido calcificado muestran esmalte, dentina y cemento en arreglos de forma radial. Tejidos blandos, como epitelio del esmalte y tejido periodontal, puede verse dentro de las capas calcificadas, el primero junto al esmalte, y el segundo junto al cemento. (Fig 5)

DIAGNOSTICO.—Odontoma Compuesto Combinado.

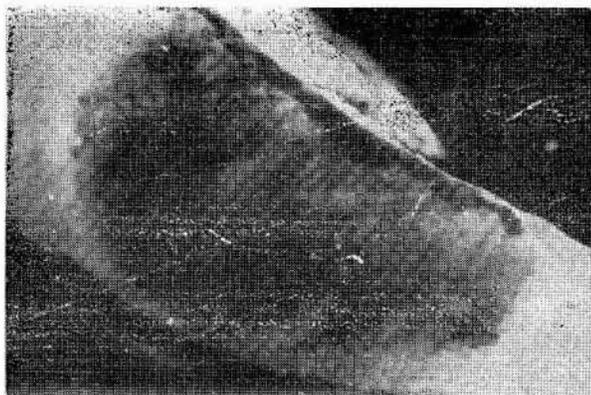


Foto 5

DISCUSION.—Los odontomas, por regla general, están bien encapsulados y rara vez se comunican con la mucosa oral como fue el presente caso. Probablemente el cuerpo extraño que fue expulsado uno de los dentículos, del hueso hacia la cavidad bucal fue el responsable de la comunicación con ésta; consecuentemente permitiendo la entrada de microorganismos a la lesión ósea para producir el absceso el cual drenaba hacia la barba del lado izquierdo del borde inferior de la mandíbula. Estos microorganismos, probablemente de un grado de baja virulencia, fueron los responsables de una infección crónica consecuencia de la formación del tracto fistuloso. Es muy importante poner en relieve la necesidad de tener buenas radiografías para establecer el diagnóstico correcto y evitarse el error de confundir un odontoma con una osteomielitis.

RESUMEN.—Se ha presentado el reporte de un caso de odontoma compuesto combinado, de un tamaño fuera de lo corriente. La constitución quística de esta masa de tipo de tumor queda ilustrada y enfatizada la importancia de complementar los hallazgos con radiografías dentales de toda la boca y de otras vistas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—ARCHER, W. HARRC: Compound Composite Odontoma, *Oral Sur.*, ed. 3, W. B. Saunders Company, 1967, p. 412-416.
- 2.—GRODJESK, J. E.: Compound Composite Odontoma, *J. of Oral Surg., Oral Med., & Oral Path.*, vol. 6, 1957, p. 213-216.
- 3.—HITCHIN A. D., NAYLOR M. N.: Compound Composite Odontoma, *J. of Oral Med., & Oral Path.*, Vol. 18, 1964, p. 427-431.
- 4.—NORTHROP, P. M.: Odontoma, *J. Oral Surg. Anesthesia, and Hosp. Dent. Service*, Vol. 21, p. 348. 1963.
- 5.—SHAFER - HINE - LEVY: *Oral Pathology, Odontoma*, W. B. Saunders Company, 1960, p. 199-201.
- 6.—TEBO, H. G., DEGNAN E. J.: Compound Composite Odontoma, *J. of Oral Surg., Oral Med., & Oral Path.*, Vol 18, 1964, p. 427-431

Dermatosis Profesionales en Costa Rica

Por

Dr. Elfrén Solano Aguilar *

A pesar de que el estudio de las dermatosis profesionales es bastante antiguo, no es sino hasta estos últimos años que ha cobrado gran importancia, no sólo desde el punto de vista patológico, sino también por su gran trascendencia en el aspecto médico-legal. Con el aumento de la industria en nuestro país, con el aumento intensivo de las construcciones ha venido aparejado un aumento en las dermatosis profesionales. Misma cosa ha sucedido en los demás países. Se han establecido entonces leyes sociales que protejan al trabajador contra los accidentes y las dermatosis de que podrían ser víctimas en su trabajo, leyes que varían para cada país. En el nuestro la remuneración económica que ofrece se convierte en una "tentación" para muchos trabajadores, quienes llegan a perder el interés en curarse una dermatosis y no guardar los cuidados recomendados, ni se hacen el tratamiento en la forma indicada, por el incentivo de esa futura remuneración.

En esta nueva rama de la medicina del trabajo, el dermatólogo ocupar un lugar prominente. En general las estadísticas demuestran que la mitad o aún las dos terceras partes de las enfermedades profesionales son dermatopatías.

En el Dispensario que el Instituto Nacional de Seguros tiene en el Hospital San Juan de Dios, se ven llegar a diario pacientes con dermatosis por cemento, la mayoría de ellas, por pintura, harina, diferentes químicos, etc.

* Profesor Cátedra de Dermatología Escuela de Medicina U. de C. R.
Jefe de Clínica Servicio Dermatología. Hospital San Juan de Dios.

Pequeños traumatismos como rasguños, laceraciones de la piel pueden infectarse y dar lugar a una dermatitis impetiginosa.

Es de gran importancia la localización y el terreno individual donde sucedan estos traumatismos. Por ejemplo, un rasguño con un instrumento de trabajo en su antebrazo, sana rápidamente, pero ese mismo rasguño puede hasta ulcerarse cuando se produce en una pierna con várices y cicatrices de úlceras varicosas, o bien exacerbar una existente.

Causas Físicas:

La exposición a un fuerte calor, en sujetos que trabajan con maquinaria por ejemplo, puede producir eritemas, telangiectasias, miliarias e intertrigos. Por el contrario, exposiciones al frío pueden producir congelaciones y trastornos vasculares y de sensibilidad. La frecuente exposición en dosis aún moderadas de sustancias radioactivas es causa frecuente de radiodermatitis en profesionales y técnicos que manejan esos aparatos. Estas radiodermatitis pueden ser causas de futuros cánceres espino-celulares.

Causas Químicas:

El número de agentes químicos que pueden producir dermatopatías es casi ilimitado. Estas son las principales causas de las dermatosis industriales. Con el progreso de la industria y la introducción de nuevos químicos en determinado producto se aumenta la posibilidad de aquellas. Un fenómeno interesante ha sucedido en nuestros albañiles quienes ahora, con mucho mayor frecuencia que antes, hacen dermatitis por contacto al cemento. Y es que este material contiene ahora un nuevo ingrediente secativo que puede ser el causante directo del mencionado aumento. Estos agentes químicos pueden dividirse en orgánicos e inorgánicos, los que a su vez pueden considerarse divididos en irritantes primarios y sensibilizantes del grupo de los ácidos fuertes como el sulfúrico, como los hidróxidos de sodio y de potasio, los agentes reductores como los sulfatos de sodio, potasio y calcio, ciertas sustancias corrosivas como las sales de arsénico, mercurio, bicromatos, etc. En el segundo grupo es decir, de los irritantes primarios orgánicos, ácido acético, carbólico, etc., petróleo, alcoholes, aguarrás.

Entre los productos químicos sensibilizantes más frecuentemente observados son: los colorantes, los reveladores fotográficos, compuestos de la goma, insecticidas, aceites, sustancias fotosensibilizantes, etc.

Causas Biológicas:

En primer lugar las plantas. Es frecuente ver dermatitis por contacto llamadas también dermatitis venenatas en jardineros. En algunas zonas rurales de nuestro país se aprecian con frecuencia estados semejantes causados por el árbol comúnmente llamado "hinchador". La madera de algunos árboles como el cedro, caoba, cocobolo pueden actuar como sensibilizantes, de ahí que se registren dermatitis en carpinteros y trabajadores de campo.

Con relativa frecuencia se observan moniliasis en personas que por su trabajo tienen las manos constantemente mojadas, como en lavanderas, cantineros, etc.

La esporotricosis se observa frecuentemente en campesinos, en especial, floricultores.

PATOGENESIS:

Es de esperarse que en un futuro se facilite la exacta comprensión de la patogénesis de las dermatosis profesionales, y x que hasta el momento hay grandes lagunas al respecto, pero en una forma general puede decirse que en su gran mayoría son debidas al contacto con sustancias nocivas para el determinado individuo que las padece. Dichas sustancias pueden dividirse en dos grupos: los irritantes primarios y las sustancias sensibilizantes, siendo la gran mayoría de las dermatosis profesionales causadas por los primeros. Se llama irritante primario a aquella sustancia que produce una dermatitis por acción directa en el sitio de contacto con la piel actuando con suficiente intensidad por un periodo determinado de tiempo. Se llaman sustancias sensibilizantes aquellas que en el primer contacto no causan alteración de la piel en forma visible, pero pueden lograrlo, después de un periodo de incubación de días o meses.

Hay que hacer notar que hay muchas sustancias que son a la vez sensibilizantes e irritantes primarios.

ETIOLOGIA:

Desde el punto de vista etiológico, las causas de las dermatitis del trabajo pueden dividirse en cuatro grandes grupos:

- a) mecánicas
- b) Físicas

- c) Químicas
- d) Agentes biológicos.

Causas Mecánicas:

Una piel que está constantemente sometida a la presión que producen utensilios de trabajo (serruchos cepillos) puede presentar hiperqueratosis y callosidades que son considerados como eczemas profesionales.

Localización y Sintomatología determinada

Una de las características clínicas más precisas en las dermatosis profesionales es su localización en las partes descubiertas. Esto es debido a que en ellas es mayor el contacto directo entre la superficie cutánea y el elemento nocivo; por ese motivo las manos, muñecas y antebrazos son los lugares donde con mayor frecuencia se observan las lesiones cutáneas producidas por el trabajo.

Las localizaciones en las piernas y en los brazos son raras y son debidas generalmente, al contacto continuo de la piel con ropas impregnadas con sustancias químicas o aceites.

Las lesiones de la cara y cuello son frecuentemente debidas a contacto con sustancias nocivas, volátiles, polvos, humos, etc.

La sintomatología de las dermatitis del trabajo es, generalmente bastante característica para indicar que se trata de una dermatitis de contacto. En forma aguda comienza por prurito y gradualmente eritema, vesiculación y edema aparecen en forma sucesiva y al curarse se produce una descamación y se observa una pigmentación residual.

Erupciones papulosas y pustulosas acneiformes se observan con frecuencia en obreros en contacto excesivo con aceites, petróleo y alquitrán.

La evolución de la erupción:

En general, puede asentarse que la mayoría de las erupciones eczematosas profesionales mejoran notablemente con la cesación del trabajo, llegando a desaparecer en un periodo de varias semanas. Las erupciones de forma acnéica y foliculares son especialmente persistentes y rebeldes. La recaída que se observa al volver al paciente al trabajo y exponerse de nuevo al contacto

con las sustancias nocivas, constituyen la mejor prueba de la naturaleza estrictamente profesional de la erupción.

A veces, a pesar de que el enfermo no vuelve a su trabajo, se observa que la afección no mejora. Este problema puede ser debido a varias causas entre ellas se cuentan las dermatitis originadas por un excesivo tratamiento y por sensibilidad a los medicamentos utilizados y por infecciones secundarias. Otras causa de la persistencia de una erupción suele ser falta de cooperación del enfermo, que prefiere seguir percibiendo la remuneración correspondiente a su trabajo, con descuido de su propia dolencia.

Pronóstico y Tratamiento:

El pronóstico y los resultados del tratamiento dependen de muchos factores, pero especialmente de la sensibilidad o tolerancia del individuo a la sustancia nociva. Si al volver al trabajo, a pesar de tomar precauciones, como el uso de guantes, vestimentas y pomadas protectoras, etc., el enfermo recae, se debe aconsejar terminantemente un cambio de oficio. Otros enfermos después de un período crónico parecen desarrollar de una manera gradual una resistencia a la sustancia nociva y finalmente, llegan a presentar casi una inmunidad a aquellos agentes a los cuales antes eran extremadamente susceptibles.

La evolución total de una dermatitis del trabajo suele durar de varias semanas a varios meses y esto depende de muchos factores, especialmente de la forma clínica y las repetidas exposiciones al agente nocivo. Las formas papulosas que se asemejan al liquen plano, las melanodermas y las depigmentaciones pueden persistir por varios meses y aún años.

El tratamiento de las dermatitis profesionales agudas es el mismo de los eczemas agudos. Lo más esencial en estos casos es evitar todo contacto con el elemento nocivo, si es conocido. En casos extensos y graves el enfermo debe interrumpir su trabajo y llevar a cabo su tratamiento a domicilio o en el hospital. En casos más ligeros son suficientes las simples medidas protectoras, como el uso de guantes de goma, o aún un cambio de la naturaleza del trabajo dentro de la misma organización si ello fuese posible.

El tratamiento local es simple: las curas húmedas con suero fisiológico, la solución de Burow, producen generalmente una notoria mejoría. Cuando la inflamación ha cedido algo, en su fase subaguda se pueden utilizar pastas al agua, como las de óxido

de zinc, a la cual se puede añadir del 1 al 3% de violetino si hay vestigios de infección secundaria. Las pomadas con hidrocortisona, aunque de acción pasajera, actúan frecuentemente de una manera rápida y notable, sobre el prurito y las lesiones eczematosas.

CONCLUSIONES

Con el progreso en general en nuestro país, industrias, construcciones, vías de comunicación, etc., el problema de las dermatosis profesionales ha venido en aumento y a no dudarlo continuará aumentando.

El dermatólogo juega un papel muy importante en este campo de la medicina. Su actuación es definitiva en la solución, no sólo terapéutica del caso, sino en el aspecto médico-legal ya que su diagnóstico preciso y acertado puede tener una gran significación económica para su cliente y para la Institución.

Su influencia es necesaria para la promulgación de leyes adecuadas y justas, que proteja al trabajador y que respalden también a las Instituciones.