

Neoplasia intraepitelial cervical en adolescentes

Lugo Sánchez, Ana María¹
Wilkinson Gregory J²
Alvarez Ponce, Vivian³
Alonso Uría, Rosa María⁴

¹ Hospital Ginecoobstétrico Guanabacoa./Departamento Ginecoobstetricia, Habana, Cuba. anamlugo@infome.sld.cu

²Hospital Ginecoobstétrico Guanabacoa./Departamento Ginecoobstetricia, Habana, Cuba

³ Hospital Ginecoobstétrico Guanabacoa./Departamento Ginecoobstetricia, Habana, Cuba. vivian251950@gmail.com

⁴Hospital Ginecoobstétrico Guanabacoa./Departamento Ginecoobstetricia, Habana, Cuba rosemary@infomed.sld.cu

Resumen: Introducción: La neoplasia intraepitelial cervical y la infección por el virus del papiloma humano son frecuentes en la población. En la actualidad se observa un incremento de ellas en las adolescentes por eso fue **objetivo** de esta tesis caracterizar a las adolescentes que presentaron esta afección. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo, y descriptivo desde septiembre del 2013 hasta septiembre del 2015 en el Hospital Docente Ginecoobstétrico de Guanabacoa. La muestra estuvo constituida por 197 adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical vistas en consulta de Patología de Cuello. **Resultados:** El 71,1% tenía entre 16 y 19 años de edad. La edad promedio de la menarquia fue de 12,0 años (DE 1,5 años). El 22,4% tuvo cuatro o más parejas sexuales y el 62,4% tenía antecedentes obstétricos. La colporeea (76,1%) y el prurito (44,0%) fueron el motivo de consulta más frecuente. Las lesiones de alto grado fueron diagnosticadas en el 50% de las estudiadas. **Conclusiones:** Las relaciones sexuales tempranas, la ausencia de medios de anticoncepción apropiados, la prevalencia de la infección por el HPV, unido a otros factores, parecen estar condicionando la presencia de lesiones de cuello en adolescentes cada vez de mayor grado con implicación en su futura salud reproductiva

Palabras claves: Neoplasia Intraepitelial cervical, papiloma virus, adolescencia

I. INTRODUCCIÓN

En el mundo el cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231.000 mujeres por año, esta es la lesión maligna del aparato genital femenino más frecuente en América Latina y el Caribe.

Los casos nuevos cada año, tienen tendencia al descenso, lo cual debe atribuirse al diagnóstico precoz, prueba de la utilidad del programa de detección aplicado,

En Cuba sigue siendo el cérvix la principal localización de asiento de la neoplasia ginecológica maligna, constituyendo un problema de salud a considerar. En el anuario estadístico de salud del año 2015⁽¹⁾ se reportan 771 152 mujeres examinadas, según programa de detección del cáncer cérvico uterino, esta tasa desde el año 1997 se registra por 1000 mujeres de 25 años o más. Del total de casos resultaron positivos 1 441 o sea el 0,19 %, por lo que aún se debe perfeccionar las acciones en la actividad preventiva y de promoción sanitaria, unido a la eficacia en el manejo de las lesiones precursoras ⁽²⁾. No hay reporte de grupos de edad de menos de 25 años por estar fuera del programa.

En los últimos 20 años se ha observado un aumento en la prevalencia de la citología anormal cervical en las adolescentes y en el diagnóstico de lesiones premalignas de cuello uterino (bajo o alto grado) en edades precoces, lo cual parece estar primariamente determinado por una confluencia de ciertos factores históricos y epidemiológicos. Dentro de esos factores se incluyen cambios en los estadios y la definición de la enfermedad, cambios en la terminología (Bethesda System), diferentes intervalos en los estudios, cambios en la práctica médica y cambios en la interpretación de la afectación de los factores de riesgo ⁽³⁾. repercutiendo más en la incidencia que en la mortalidad

La tendencia universal a la liberación sexual de los jóvenes especialmente en el grupo de menor edad, que se manifiesta en el inicio de la actividad sexual a edades más tempranas, la caducidad de la virginidad, el aumento de las relaciones sexuales prematrimoniales y un mayor número de compañeros sexuales; son hábitos de conducta que ponen en riesgo la salud de estos adolescentes ^(3,4).

La infección por el Papiloma Virus Humano (VPH) es hoy el primer factor de riesgo en el cáncer cervical siendo esta asociación marcadamente fuerte y consistente. Es frecuentemente detectado en jóvenes adolescentes; su prevalencia aumenta en relación con el incremento o la multiplicidad de compañeros sexuales, después del inicio de las mismas, a través del semen (4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11,12)

Las adolescentes han demostrado tener las cifras más altas de infección con el virus papiloma humana (HPV). ⁽³⁾

Por lo anterior expresado, los autores se motivaron al estudio de esta temática y caracterizar las pacientes adolescentes que se atienden en las consultas de patología de cuello uterino con neoplasia intraepitelial cervical

II. METODO

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal en el Hospital Docente Ginecobstétrico de Guanabacoa durante el periodo comprendido de septiembre del año 2013 a septiembre del año 2016. El universo estuvo constituido por 383 pacientes enviadas por diferentes razones a la consulta de patología de cuello. De este grupo 197 adolescentes (muestra) evidenciaron ser

portadoras de NIC de bajo y alto grado en el resultado de la citología orgánica utilizada como método diagnóstico inicial, seguido de colposcopia y en determinadas circunstancias se utilizó la biopsia o la conización con asa diatérmica como medio conclusivo de diagnóstico o tratamiento, previa información acerca del proceder y con el consentimiento de la paciente y del familiar que la acompañó a consulta (generalmente la madre), en el grupo de las lesiones de alto grado. Criterios de Inclusión: -Tener menos de 20 años de edad, con diagnóstico citológico de Neoplasia Intraepitelial Cervical y que fueron atendidas en este hospital.

Los datos de este grupo poblacional selectivo (adolescentes) se obtuvieron de la revisión de las historias clínicas, las tarjetas de citología, el libro control de biopsia realizadas en consulta, y el registro de las biopsias; recogida en la encuesta confeccionada al efecto creando una base de datos; se llevó a cabo el análisis estadístico y la confección de las tablas que muestran los resultados de trabajo. Para todas las variables se utilizaron medidas de resumen y de dispersión, de manera que los resultados se muestran en porcentaje en el caso de las variables cualitativas, mientras que las variables cuantitativas se muestran como media y desviación estándar (DE). La comparación entre grupos se realizó mediante la prueba de χ^2 con corrección de Yate o la prueba exacta de Fisher, según fue apropiado. Cuando fue pertinente se estimó el Odds ratio (OR) con intervalo de confianza (IC) al 95%. Se tuvo el consentimiento del Consejo Científico de la Unidad donde se realizó la investigación, del Comité de Ética y del Consejo Científico de la Facultad.

III. RESULTADOS

Se estudiaron 197 pacientes adolescentes que presentaron NIC (SIL) por diagnóstico citológico o colposcópico y fueron atendidas en consulta de patología de cuello.

Tabla 1. Factores epidemiológicos y grados de NIC. Hospital Docente Ginecobstetrico de Guanabacoa. 2013-2015

Variab les	NIC I N= 99	NIC II-III N= 98	P*
Edad, n (%)			
< 14-17 años	31 (31,3)	23 (23,5)	
18-19 años	68 (68,7)	75 (76,5)	0,283

Edad de menarquia, n (%)			
≤ 14 años	95 (96,0)	93 (94,9)	0,747
> 14 años	4 (4,0)	5 (5,1)	
Edad de PRS, n (%)			
< 15 años	37 (37,4)	42 (42,9)	0,522
≥ 15 años	62 (62,6)	56 (57,1)	
Número de parejas sexuales, n (%)			
< 3	87 (87,9)	66 (67,3)	0,001
≥ 3	12 (12,1)	32 (32,7)	

Fuente: H.C., Registro control en consulta, tarjetas de citología, libro control de biopsia

* Según la prueba de chi cuadrado.

El grupo más frecuente resultó el de 18 y 19 años donde predominaron las lesiones de alto grado. La edad media fue de 18 años (DE 1,5 años).

Al evaluar los posibles factores relacionados con las etapas de las neoplasias intraepiteliales cervicales, se observó que sólo fue significativamente mayor el número de parejas sexuales superior o igual a tres entre las pacientes con lesiones de alto grado (32,7% vs. 12,1%; $p=0,001$), con un OR de 3,52 (95% IC 1,68 – 7,34) (tabla 1).

En estudio realizado por Viada Pupo ⁽¹³⁾ señala que este inicio precoz somete a la mujer a un mayor riesgo de infección de transmisión sexual, al cambio más frecuente de pareja y a la exposición al virus del papiloma humano.

La edad promedio en que las adolescentes analizadas tuvieron su primera relación sexual fue a los 14,8 años (DE 1,4 años), casi la totalidad de estas adolescentes comenzaron antes de los 18 años de edad y el 40,1% lo hizo antes de cumplir los 15 años.

El grupo más frecuente resultó el de las mayores de 15 años, donde predominaron las lesiones de alto grado. Estos resultados coinciden con otros autores, los cuales afirman que tener las primeras relaciones sexuales en edades tempranas constituye el principal factor de riesgo en el desarrollo del cáncer cervical. La actividad sexual parece estar positivamente correlacionada con la enfermedad, y el coito a una edad temprana constituye un factor de riesgo según algunos autores. (41, 62, 63, 64) También en otras publicaciones (63, 66) se ha encontrado que un corto intervalo entre la menarquia y la primera relación sexual es un factor de riesgo de anormalidades citológicas y enfermedad cervical de alto grado y le conceden importancia a la prevención primaria a través de la educación y la vacunación. (45)

La mayoría de las adolescentes no usaban métodos anticonceptivos y solo 14 refirieron que utilizaban de forma regular y sistemática el condón, lo que representó el 7,1% de la serie.

Echeverría y cols encontraron que solo un 40% de las adolescentes usan métodos de barrera (condón)⁽¹⁰⁾; de lo que se desprende, que el uso habitual y consciente de los métodos anticonceptivos en este grupo de edad no se logra solamente dando información y proveyendo.

Las pacientes de este estudio no están incluidas por la edad en el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico uterino, sino que se trata de un grupo de adolescentes con riesgo a desencadenar una patología de cuello y por tanto los motivos de consulta son diversos, la causa más frecuente fueron la colporea persistente (76,1%), generalmente fétida. Otras manifestaciones clínicas importantes que presentaron fueron el prurito (44,0%), la dispareunia (20,3%). (Tabla 2).

Tabla 2. MOTIVO DE CONSULTA de las pacientes con NIC Hospital Docente Ginecobstetrico de Guanabacoa. 2013-2015

Motivo de Consulta*	N= 197	%
Colporrea	150	76,1
Prurito	66	40,0
Dispareunia	40	20,3
Dolor bajo Vientre	3	1,5
Disuria	5	2,5
Ardor	4	2,0
Sangramiento postcoital	37	18,8
Sangrado vaginal	34	17,3
Ectopia	33	16,8
Trastornos menstruales	6	3,0

Fuente: H.C., Registro control en consulta, tarjetas de citología, libro control de biopsia

La literatura señala a la colporea como uno de los principales síntomas que llevan a las pacientes a ser valoradas. Así mismo es reportada por otros autores junto con el sangrado intracoito, el dolor bajo vientre, la solicitud de colocar DIU, trastornos menstruales e ITS.^(41,43,51-57)

La mayoría de las pacientes tenían un NIC I+HPV (50,2), y en su totalidad la presencia de la impronta citológica de HPV fue evidenciada como puede observarse en la tabla 3.

Tabla 3. Características citológicas de las pacientes con NIC Hospital Docente Ginecobstetrico de Guanabacoa. 2013-2015.

Resultado de Citología	N	%
NIC I+HPV	99	50,2
NIC II+HPV	91	46,1
NIC III+HPV	8	4,0
TOTAL	197	100

Fuente: H.C., Registro control en consulta, tarjetas de citología, libro control de biopsia

La citología es de gran utilidad ya que a través de ella se observa la presencia de coilocitos, disqueratocitos y la binucleación los tres aspectos más característicos de la infección por VPH.

Se tiende a definir las alteraciones en el epitelio mediante exámenes citológicos y colposcopías, en un estudio realizado por Moscicki y Cox encontraron que progresión NIC I a NIC II y III o cáncer invasor estaba relacionada con la persistencia de infecciones específicas de HPV 16 y 18.

En el presente estudio la Colposcopia realizada a los casos seleccionados y el porcentaje de las atipias colposcópica fue de un 79.6 % y se observa que en el 3 % fue insatisfactoria dado por las características del epitelio cervical en la adolescencia, la línea escamo columnar con cierta frecuencia se encuentra dentro del canal y es difícil al colposcopista poder valorar la misma, a estos casos se le realizo cepillado del canal.

Esto suele acontecer en las adolescentes donde por las características de inmadurez del aparato genital esta zona se encuentra dentro del canal endocervical imposible de visualizar con el colposcopio y aún más en las nulípara con cérvix puntiforme, estos resultados se corresponden con los alcanzados por el equipo de trabajo de esta investigación en consulta, en estudios anteriores(41) realizados al respecto al igual que con otros trabajos nacionales e internacionales(48,55,57) expresándose que ya la Colposcopia en los tiempos actuales cuenta con una vasta experiencia en el diagnóstico del NIC y cada vez más se correlaciona con la histología aunque en otros por los resultados, la correlación no ha sido muy significativa. (47,55)

El doctor Malcom Coppleson en Australia plantea que en su país han adoptado un nuevo enfoque que se aparta algo de la escuela alemana original, porque concentraron la atención sobre la zona solamente identificable con el colposcopio, que se ha dado en llamar zona de transformación. Presentaba una clasificación para dicha zona en típica y atípica. La primera siempre benigna y la segunda con capacidad de transformación maligna. (55). La comprobación definitiva de una sospecha colposcópica o citológica, solo puede efectuarse desde el punto de vista histológico.

Si las alteraciones se limitan al ectocérvix y al borde del orificio cervical, se puede proceder a la exéresis total de la lesión mediante ponche de esta, o a la realización de un cono. (Tabla 5).

Tabla 4. Correlación cito histológica de las pacientes con NIC Hospital Docente Ginecobstetrico de Guanabacoa. 2013-2015.

Citología		Histología					
Grado	No	NIC I	%	NIC II	%	NIC III	%
NIC I	13	1	7.7	9	69.2	3	23.1
NIC II	24	4	16.2	19	79.2	1	4.2
NIC III	7					7	100
Total	44	5	11.3	28	63.6	11	25

Fuente: H.C., Registro control en consulta, tarjetas de citología, libro control de biopsia

En el presente grupo estudio al 22.3%(44 pacientes) se les realizó una biopsia, dado el grado de la lesión por cito colposcopia, su persistencia a pesar del periodo observacional y la retirada de los factores de riesgo controlables. La histología concordó con el diagnóstico citológico en la totalidad de los NIC III

Generalmente se hace una biopsia por conización como método diagnostico cuando existen alteraciones sobre las que se tiene la certeza de que se tratan al menos de una displasia de alto grado o de un CIS, o bien una displasia persistente de menor grado, teniendo en cuenta que se trata de adolescentes; pues la mayoría de los casos de displasia leve no avanzan o normalizan espontáneamente sin tratamiento, aunque deben llevar aparejado un seguimiento médico programado, sobre todo si tienen cofactores de riesgo. ⁽⁷¹⁾ Sin embargo, displasias persistentes de menor grado, teniendo en cuenta de que se trata de adolescentes, se puede optar también a realizar biopsia por conización o ponche de carácter diagnostica-terapéutica con resultados citológicos de bajo grado si hubo hallazgos colposcópicos sean muy sugestivos de lesiones de más alta severidad como lesiones acetoblancas bien definidas con calibre delineado, forma irregular a menudo regada y ocasionalmente con vasos atípicos.

Sin embargo, existen pocos estudios que traten la presencia de los cambios colpo citológicos exclusivamente en las adolescentes. En un trabajo realizado por Kably Amber y cols ⁽²⁾, con el objetivo de crear un consenso en México para la prevención del cáncer cervico-uterino, los autores plantearon que en las adolescentes y adultas jóvenes (menos de 25 años) existe una alta incidencia de NIC I y se observa un aumento en lesiones de alto grado (NIC II y NIC III).

IV. CONCLUSIONES

En esta serie el mayor número de pacientes afectadas estuvo en el grupo etáreo de 18- 19 años, donde predominaron las lesiones de alto grado. Resultó de interés que la mayoría de las adolescentes no usaban método anticonceptivo de barrera para su protección. Fue estadísticamente significativa la relación entre el número de casos estudiados en relación con el antecedente reproductivo destacando el aborto. El principal motivo de las consultas estuvo relacionado con la leucorrea persistente. El HPV fue identificado en todas las tomas citológicas, coincidiendo con los resultados histológicos que las de bajo grado. Las adolescentes con diagnóstico colposcópico de lesión cervical deben realizársele citología orgánica

REFERENCIAS

1. Anuario estadístico de salud, Cuba. La Habana: MINSAP-ONE; 2016.
2. Parra P. Características de la infección por virus papiloma humano en la adolescencia y su manejo. Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc 2009; 16:11-3.
3. Sam SS, Ortiz PA, Lira PJ. Virus del Papiloma humano y adolescencia. Ginecol Obstet Mex 2011; 79:214-24.
4. Kably AA, Ruiz MJA, Lazcano PE, Vargas HVM, Aguado PRA, Alonso P. Consenso para la prevención del cáncer cervicouterino en México. Ginecol Obstet Mex 2011; 79:785-7.
5. Sánchez B. Ginecología Infante juvenil. 1 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2011.
6. Widdice LE, Moscicki AB. Updated guidelines for papanicolaou tests, colposcopy, and human papillomavirus testing in adolescents. J Adolesc Health 2008; 43: 41-51.
7. Goncalves CV, Quintana SM, Marcolin ACI. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix in a 14-year-old adolescent: case report and literature review. Sao Paulo Med J 2009; 127:105-7.
8. Daudinot CCE, Rodríguez SA, Sáez CVC, De la Torre JAI. Caracterización de las lesiones intra-epiteliales cervicales de alto grado en adolescentes y mujeres jóvenes. Medisur [Internet] 2011[citado 6 Dic 2014]; 9(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/issue/view/57>
9. NOM. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervicouterino; 1998.
10. Echeverria MCA, Hurtado EG, Pardo MRV. Hallazgos colposcópicos en pacientes adolescentes. Arch Inv Mat Inf 2011; 3:53-8.
11. International Agency for research on Cancer. Neoplasia maligna de cuello uterino. Tasas anuales promedio de mortalidad específica por edad por 100000 personas en la región de las Américas. Globocan, IARC; 2000.
12. Zhao C, Kalpos NP, Austin M. Follow-up findings in young females with high-grade squamous intraepithelial lesion Papanicolaou test results. Arch Pathol Lab Med. 2011; 135:65-9
13. Viada PE. Comportamiento de las citologías orgánicas positivas en pacientes de la Policlínica Manuel Díaz Legrá .Correo Científico Médico de Holguín [Internet] 2010 [citado 5 Dic 2015]; 14(3): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no143/no143ori05.htm>
14. Torriente HS, Valdés AO, Villareal A, Lugo SA. Caracterización de un grupo de pacientes con neoplasia intraepitelial cervical diagnosticadas por biopsia con asa diatérmica. Rev Cub Obstet Ginecol [Internet] 2010 [citado 15 Ener 2015]; 30(1): [aprox. 11 p.]. Disponible en:

http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100006&lng=es&nrm=iso

15. Gómez GL, González SY, Cáceres PMA, Nápoles CB, Tellez GR, Fabelo BO. Caracterización de las pacientes con citología orgánica alterada. Rev Cub Ginecol obstet [Internet] 2012 [citado 5 Agosto 2015]; 38(3): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_3_12/gin10312.htm
16. Reyes Z, Sanabria NJG, Marrero FR. Incidencia y mortalidad por cáncer cervico uterino. Rev Cienc Méd [Internet]. 2014 [citado 15 Sept 2015]; 18 (5): [aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/rpr/v18n5/rpr05514.pdf>
17. Sanabria NJG, Salgueiro MVE, Abreu MMB, Lemus SA, Marrero FR. Incidencia y tendencia de lesiones cervico uterinas en mujeres pinareñas de 12 – 24 años. 2003-2012. Rev. Cienc Méd [Internet] 2014 [Citado]; 18 (1): [Aprox 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000100002
18. Roura E, Travier N, Waterboer T, de Sanjosé S, Bosch FX, Pawlita M,... et al. The Influence of Hormonal Factors on the Risk of Developing Cervical Cancer and Pre-Cancer: Results from the EPIC Cohort. PLOS ONE. 2016; 11 (1): 147-49
19. Ruiz ÁM, Ruiz JE ,Gavilanes AV, Eriksson T ,Lehtinen M, Pérez G ... et al . Haupt RM FUTURE I and II Study Group Proximity of first sexual intercourse to menarche and risk of high grade cervical disease. J Infect Diseases [Internet] 2012 [citado 29 Jul 2015]; 206(12): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://revistamedicina.net/weboficial/images/documentos/Menarquia.pdf>
20. Dávila GH, García VA, Álvarez CF, Castillo BY, Imengana FL, Matos RZ Neoplasia intraepitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008 Rev Chil Obstet Ginecol [Internet] 2011 [citado 25 Jul 2015]; 76(4): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071775262011000400005&script=sci_arttext
21. Martínez Gómez, C: Desarrollo psicológico normal, en :Colectivo de autores , Pediatría ,t.I,cap.VII,p.86,Editorial de Ciencias Médicas ,La Habana,2006
22. Rodríguez Lundes O, Pichardo García R, Escamilla Godínez G, Hernández-V. Estudio de la patología citológica del cérvix. Perinatol Reprod Hum [Internet]. 2009 [citado 8 Ago 2014]; 23. Disponible en: <http://www.inper.mx/descargas/pdf/Estudiosdelapatologia.pdf>
23. Lau Serrano D, Millán Vega M, Fajardo Tornés Y, Sánchez Alarcón C. Lesiones preinvasoras del cuello uterino Rev Cubana Obstet Ginecol vol.38 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2012 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2012000300009
24. De Palo G, Vecchione A. Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino. En: De Palo G, editor. Colposcopia y patología del tracto genital inferior. Buenos Aires: Méd Panamericana. 1992. p. 235-71.
25. Rodríguez González D, Pérez Piñero J, Sarduy Nápoles M. Infección por el virus del papiloma humano en mujeres de edad mediana y factores asociados Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia 2014; 40(2):218-232)<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=da34caae-b6d6-4a0f-8b39-5033f5b9bc0b%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4206>
26. Vanegas, R Afecciones del Cérvix Uterino en la Adolescente, cap ix Ginecología Infanto /Juvenil y Salud Reproductiva del Adolescente. 2011.(71)