

## **“Prevalencia de displasias cervicovaginales en el sur de Tamaulipas, México 2009 - 2017”**

Narváez Palomino Francisco Javier  
Jiménez Juárez María de los Ángeles  
Aguilera Lavín Alberto Antonio  
Gómez Padilla Ernesto  
Hernández Medina Leslie  
Mendoza Águila Francisco Javier  
Benítez Torres Rebeca

Hospital Civil de Ciudad Madero/Jefatura de Enseñanza e Investigación, Ciudad Madero, Tamaulipas, México.  
Correo electrónico: lez@live.com.mx

**Resumen:** **Introducción:** Las displasias cervicovaginales se encuentran dentro de los problemas de salud pública con mayor reelevancia, siendo estas causa de las principales muertes en la mujer, con una mayor incidencia en las mujeres entre 25 y 69 años<sup>(1)</sup>. Por lo tanto dicha enfermedad exige una mayor atención en cuanto a su prevención, así como su detección temprana para evitar el peor desenlace en este sector poblacional. **Objetivos:** Determinar la prevalencia de displasias cervicales entre las pacientes que acuden al módulo de D.O.C. (Detección oportuna de Cáncer cervicouterino) en el Hospital Civil de Ciudad Madero del año 2009 al 2017. Identificar dentro de las muestras que dieron resultado positivo el estadio en el cual se encontraron a través del diagnóstico citológico reportado por el Departamento de Patología. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio No experimental, Observacional, Retrospectivo, Longitudinal y Descriptivo en el cual se analizaron los resultados de 7597 citologías cervicovaginales de pacientes que acudieron al módulo de DOC-HCCM, en el período comprendido de Enero 2009 a Diciembre de 2017. **Resultados:** Del total de muestras se encontraron 336 citologías anormales (4.42%). De las citologías anormales se reportaron, 24.70% células escamosas atípicas y 33.93% asociadas a VPH como los más frecuentes. **Conclusiones:** Es necesario como sistema de salud poner aún mayor énfasis en: Atender a los grupos de mayor riesgo, Controlar la calidad en toma e interpretación de citologías. Atender y dar seguimiento a pacientes con lesiones precursoras. Buscar intencionalmente casos en la población de alto riesgo. Vigilar los casos de displasia confirmados.

**Palabras clave:** Cuello uterino, displasia cervical, salud pública, Virus De papiloma Humano.

## I. INTRODUCCIÓN

Las displasias cervicovaginales son una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix. Se manifiesta inicialmente por lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución. En ocasiones estas progresan a Ca in situ (confinado al epitelio) o un Ca invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal <sup>(3)</sup>.

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década de 1930 y hasta la actualidad.(1-B) Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: I, II y III.<sup>(2, 11)</sup>

La infección por el virus del papiloma humano (VPH) parece ser la "causa fundamental" en la génesis del cáncer de cérvix.<sup>3</sup> Esta hipótesis es muy aceptada por la comunidad científica mundial y se apoya en numerosas evidencias morfológicas como la coexistencia de VPH con la NIC y la Neoplasia Intraepitelial Vulvar (NIV) y los datos que nos brinda la biología molecular como el elevado porcentaje de infección por el VPH en pacientes con carcinomas invasores del cuello uterino, de NIC, de NIV y carcinomas invasores de la vulva y del pene<sup>(11)</sup>

La edad al primer coito antes de los 20 años y de manera marcada antes de los 18 años es uno de los cofactores importantes en la aparición del carcinoma del cuello según reportan numerosos autores nacionales y extranjeros.<sup>(4, 5, 6 - 11)</sup> De igual forma se deduce que la mujer con mayor cantidad de compañeros sexuales tiene más probabilidades de desarrollar la infección como ocurre con todas las infecciones de transmisión sexual incluida la del virus del herpes simple tipo 2, que pudiera actuar como cofactor del VPH produciendo una acción sinérgica que motive los cambios celulares cervicales. El plasma seminal constituye el 90 % del líquido eyaculable que contiene componentes inmunosupresores que afectan las funciones de diferentes células del sistema inmune como los linfocitos T y B, las células asesinas naturales (NK), macrófagos y anticuerpos del sistema de complemento.<sup>(11)</sup>

En presencia de carcinógenos este efecto inmunológico local puede constituir un cofactor que acelera o contribuye al desarrollo de neoplasias y por eso se le atribuye al plasma seminal una gran importancia en la génesis del cáncer de cuello uterino.<sup>(6)</sup> Es por esto, que los tres cofactores mencionados (varón de riesgo, ITS y espermatozoides) tienen una relación muy íntima en la aparición de las lesiones cervicales.<sup>(11)</sup>

La probabilidad de que las mujeres sean portadoras del VPH y el riesgo de padecer de cáncer de cérvix se ha relacionado con la presencia de ADN viral en el pene o la uretra de su pareja sexual.<sup>6,9-11</sup> Según un estudio publicado por *Benedet y Cabero Roura*<sup>12</sup> las mujeres tienen un riesgo tres veces superior de padecer la enfermedad si su compañero sexual ha tenido relaciones con otras mujeres que han desarrollado la enfermedad.<sup>(11)</sup>

**Sistema Bethesda para la clasificación de las lesiones intraepiteliales del cuello uterino**

A nivel internacional se han desarrollado programas para el diagnóstico precoz del cáncer cervico-uterino desde 1968, estos tienen como objetivo realizar un diagnóstico oportuno <sup>(7-10)</sup>

El sistema se originó en Bethesda, Maryland, en 1988, en un seminario - taller que finalizó con el desarrollo del llamado Sistema Bethesda para el diagnóstico citológico. Se trata de un método estandarizado para informar los hallazgos citológicos que facilitan la revisión por expertos y el control de calidad. La terminología se perfeccionó en el Bethesda III en el 2001. <sup>(8-10)</sup>

El diagnóstico por la técnica de Papanicolaou puede hacerse en períodos donde las lesiones son todavía intraepiteliales, evitando de esta manera la progresión al cáncer clínicamente invasor <sup>(9-A)</sup>

Dentro de los parámetros de evaluación de sistema Bethesda se consideran <sup>(8-10)</sup>

### 1. Calidad de muestra

Satisfactoria	Por la presencia o ausencia de componentes endocervicales de transformación y cualquier otro indicador de calidad
No Satisfactoria	Muestra rechazada/no procesada Muestra procesada y estudiada pero no satisfactoria para el estudio de alteraciones epiteliales por varias causas que deben ser especificada

### 2. Microorganismos

- Trichomonas Vaginallis
- Cándida
- Cambios sugerentes a Vaginosis Bacteriana
- Actinomyces
- Herpes Simple
- Gardnerella

### 3. Nomenclatura de las lesiones intraepiteliales <sup>(7)</sup>

Nomenclatura de las lesiones intraepiteliales diagnosticadas por el sistema de Bethesda	
<b>ACG</b>	Atipia de células glandulares.
<b>ACG-H</b>	Atipia de células glandulares, posible neoplasia.
<b>ACG-NOS</b>	Atipia de células glandulares no específicas.
<b>AIS</b>	Adenoma in situ.
<b>ASC-H</b>	Atipia escamosa incierta sin descartar lesión intraepitelial de alto grado.
<b>ASC-US</b>	Atipia de células escamosas de significado incierto.
<b>HSIL</b>	Lesión escamosa intraepitelial de alto grado.
<b>LSIL</b>	Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.
<b>NIC</b>	Neoplasia intraepitelial cervico uterina (bajo grado = 1; alto grado 2 y 3).

Fuente: Federación Centroamericana de Asociaciones y Sociedades de Ginecología y Obstetricia. Guía de práctica clínica para el manejo de las lesiones premalignas de cáncer de cuello uterino. 2016.

## **OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia de displasias cervicales entre las pacientes que acuden al módulo de D.O.C. (Detección oportuna de Cáncer cervicouterino) en el Hospital Civil de Ciudad Madero del año 2009 al 2017

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar dentro de las muestras que dieron resultado positivo el estadio en el cual se encontraron a través del diagnóstico citológico reportado por el Departamento de Patología.
- 

## **II. MÉTODO**

### **Tipo de estudio y diseño**

Se realizó un estudio No experimental, Observacional, Retrospectivo, Longitudinal y Descriptivo.

### **POBLACION MUESTRA**

Pacientes que acudieron al módulo de DOC-HCCM, en el período comprendido de 01 Enero del 2009 al 31 Diciembre de 2017.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes que acuden al Hospital Civil de Ciudad Madero a recibir atención médica de 01 Enero del 2009 al 31 Diciembre de 2017.
- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes que acudieron al módulo de D.O.C. (Detección oportuna de Cáncer cervicouterino)

### **CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes que acuden al Hospital Civil de Ciudad Madero a recibir atención médica antes del 01 de Enero del 2009.
- Pacientes que acuden al Hospital Civil de Ciudad Madero a recibir atención médica después del 31 de Diciembre de 2017.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION**

- Pacientes con resultado histopatológico distinto a displasia
- Paciente con muestra no satisfactoria

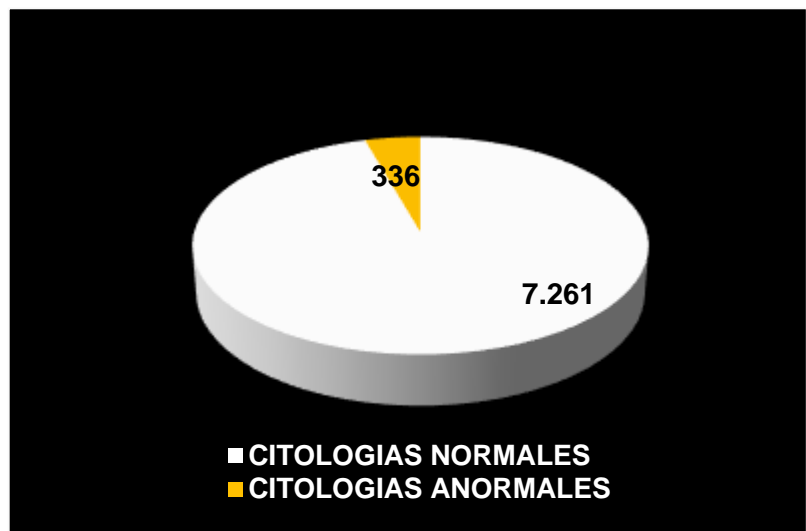
### MUESTRA Y TECNICA DE MUESTREO

- Se analizaron los resultados de 7597 citologías cervicovaginales de pacientes que acudieron al módulo de DOC-HCCM, en el período comprendido de 01 Enero del 2009 al 31 Diciembre de 2017.
- Con un tipo de muestreo no probabilístico, por racimos.

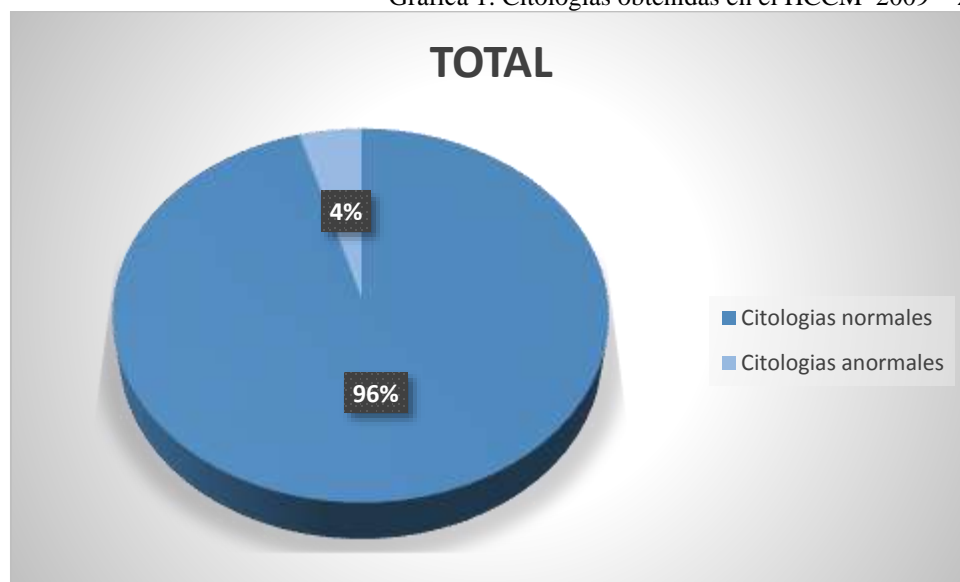
### III. RESULTADOS

Del total de muestras (n=7597) se encontraron 336 citologías anormales (4.42%).

MUESTRAS	TOTAL
Citologías normales	7261
Citologías anormales	336



Gráfica 1. Citologías obtenidas en el HCCM 2009 – 2017.



Gráfica 2. Proporción de Citologías normales vs. Anormales obtenidas en el HCCM 2009 – 2017.

- De las citologías anormales se reportó en:

Reporte citologías anormales	Porcentaje
LIBG Displasia leve (NIC1)	33.93%
LIBG Displasia leve (NIC1) asociada a VPH	26.19%
Células escamosas atípicas	24.70%
LIAG Displasia Moderada (NIC 2)	6.25%
LIBG VPH	5.36%
LIAG Displasia grave (NIC3)	1.49%
AGC	0.89%
Carcinoma de Células Escamosas	0.60%
Cáncer In situ	0.30%

Tabla 1. Distribución de citologías con resultado anormal.

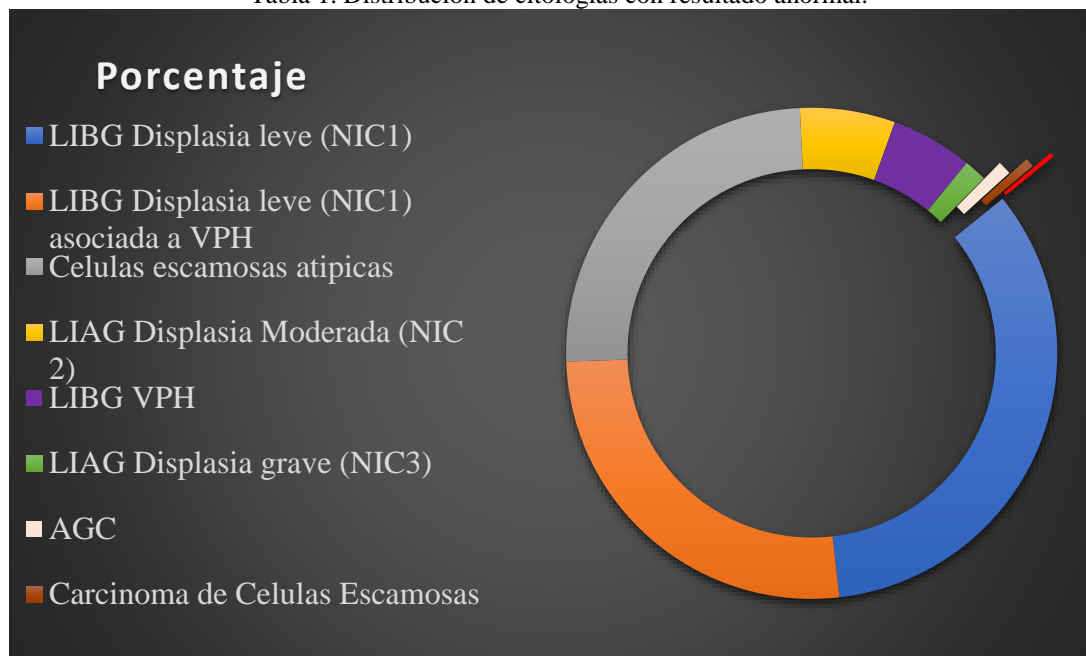


Tabla 2. Proporción de citologías con resultado anormal.

#### IV. CONCLUSIONES

1. Es necesario como sistema de salud poner aún mayor énfasis en:
  - Atender a los grupos de mayor riesgo.
  - Controlar la calidad en toma e interpretación de citologías.
  - Atender y dar seguimiento a pacientes con lesiones precursoras.
  - Buscar intencionalmente casos en la población de alto riesgo.
  - Vigilar los casos de displasia confirmados.
2. Es importante enfatizar en la prevención de las displasias:
  - Vacuna tetravalente, HPV4 (Gardasil) VPH 16 y 18 Ca Cu. VPH 6 y 11 verrugas. 11 a 12 años de edad. ( 9 a 11 años) Tres dosis 0, 2 y 6 meses. IM
  - Vacuna bivalente: HPV2 (Cervarix) para VPH 16 y 18. Esquema de 0, 1 y 6 meses, intramuscular deltoidea o muslo.
  - Realizar citología cervical a toda paciente que ha iniciado vida sexual para la detección y tratamiento oportuno de displasias cervicales.

#### REFERENCIAS

1. Gaceta Mexicana de Oncología. 2014;**13(Supl 4)**:1-3
2. Palatianos , G.M.;Cintron,J.R.;Narula,T.George Papanicolaou,M.D. Father of Modern Citology. A 30-year Commemorative,J,of the Florida Med As 1992; 79(12):837-838
3. Norma Oficial Mexicana 014–2004, Para la Prevención, Tratamiento y Control del CACU
4. Arends MJ, Buckley CH, Wells M. Aetiology, pathogenesis and pathology of cervical neoplasia. J Clin Pathol. 1998;51:96-103.
5. Cabezas E. Edad al inicio de las relaciones sexuales y el carcinoma de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol. 1985;1(1):97-103.
6. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz NC, Meijer JLM, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. J Clin Pathol. 2002;55:244-65.

7. Serrano C, Chávez Roque M, Viñas L, Calderón Cruz M. Comportamiento Del Cáncer Cervico Uterino Según Citología Orgánicas Anormales En Nuevitas Del 2006 Al 2010. Global Journals Inc [Internet].2014;14.
8. Berek J. Berek y Novak Ginecología. 15.a ed. Assistant y Desing; 2013. 1505 p.
9. AdrianaM. Lesiones escamosas intraepiteliales cervicales. l.e.i.c, revista de ginecología [Internet]. encolombia.com. 2015 [citado 22 de julio de 2017]. Disponible en: [https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/go\\_lesiones\\_e](https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/ginecologia/vol-494/go_lesiones_e).
10. Gallegos Ortiz N. Prevalencia de lesiones intraepiteliales clasificadas por el sistema de bethesda en pacientes atendidas en consulta externa del área de ginecología del hospital jose felix valdivieso-santa isabel-ecuador, agosto 2016-enero 2017. universidad catolica cuenca; 2017.
11. Sarduy Nápoles M. Neoplasia intraepitelial Cervical Preámbulo del cáncer cervicouterino. Centro de investigaciones Médico-Quirúrgicas CIMEQ. La Habana, Cuba.