

Neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes

Drs. Mario Salas¹, María E Noguera², Pierina Petrosino³, Asmiria Arenas³

¹Departamento de Ciencias Morfológicas. Cátedra de Histología. Universidad de Los Andes. ²Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario de Los Andes. ³Departamento de Anatomía. Universidad de Los Andes. Mérida-Venezuela.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la frecuencia y evolución clínico patológica de las neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes, que acudieron al Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de Los Andes. Mérida.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y longitudinal, donde se evalúan 74 pacientes adolescentes con patología cervical, captadas durante un período de 6 años (Los datos fueron organizados en cuadros y figuras). Se realizaron las correlaciones estadísticas, mediante el método de Chi cuadrado). Se analizó la evolución clínica de las lesiones presentes en el grupo estudiado, y se determinó su persistencia, regresión o progresión.

Resultados: La mayor frecuencia de patología cervical, está en el grupo entre los 18 y 19 años. En las citologías de ingreso, 43,24 % de los casos reportaron lesión intraepitelial de bajo grado y 5,41 % lesión intraepitelial de alto grado. En la primera biopsia, 60,81 % presenta neoplasia intraepitelial cervical I/por virus papiloma humano. 9,46 % reporta neoplasia intraepitelial cervical 2, y 8,11 % presenta neoplasia intraepitelial cervical 3/por cáncer in situ. Un 90,54 % de las pacientes presentaron signos histológicos sugestivos de infección por virus papiloma humano. En cuanto al uso de electrocirugía, el procedimiento fue omitido en el 77,03 %. A 14,86 % se les realizó cono por radiocirugía. Los informes de conos, muestran que 54,55 % reportaron neoplasia intraepitelial cervical I/ virus papiloma humano, y 27,27 % reportaron neoplasia intraepitelial cervical 3. Al analizar la evolución de la patología, se observa que 82,60 % presentó regresión de sus lesiones.

Conclusiones: Por la edad y competencia inmunológica, el manejo de las lesiones cervicales debe ser conservador en adolescentes. En un alto porcentaje del grupo estudiado, se mantuvo una conducta conservadora y se determinó una alta tasa de regresión.

Palabras clave: Adolescentes. Virus papiloma humano. Lesión intraepitelial. Neoplasia intraepitelial cervical. Electrocirugía.

SUMMARY

Objective: To determine the frequency and pathologic evolution of cervical intraepithelial neoplasia in adolescents who attended in the Gynecology Service of the University Hospital of the Andes in Merida, Venezuela.

Methods: We conducted a longitudinal study, which evaluated 74 adolescent patients with cervical pathology, collected over a period of six years. The data were organized in tables and figures. Statistical correlations were made by Chi square method. Subsequently, we analyzed the clinical course of the lesions present in the group studied, determining their persistence, regression or progression.

Results: The increased frequency of cervical pathology is in the group between 18 and 19 years. In smears of income, 43.24 % of the cases reported low grade squamous intraepithelial lesion and 5.41 % high grade squamous intraepithelial lesion. In the first biopsy, 60.81 % presents cervical intraepithelial neoplasia I/ human papillomavirus. 9.46 % reported cervical intraepithelial neoplasia 2 and 8.11 % present cervical intraepithelial neoplasia 3/cancer in situ. 90.54 % of the patients had histological signs suggestive of human papillomavirus infection. Regarding the use of electrosurgery, the procedure was omitted from the 77.03 %. 14.86 % underwent radiosurgery cone. Cones reports show that 54.55 % reported cervical intraepithelial neoplasia I/human papillomavirus, and 27.27 % reported cervical intraepithelial neoplasia 3. When analyzing the evolution of the disease, it is observed that 82.60 % had regression of their lesions.

Conclusions: By age and immune competence, management of cervical lesions in adolescents should be conservative. In a high percentage of the study group, remained a conservative therapy and found a high rate of regression.

Key words: Adolescents. Human papillomavirus. Squamous intraepithelial lesion. Cervical intraepithelial neoplasia. Electrosurgery.

INTRODUCCIÓN

Los tumores genitales femeninos, representan una quinta parte de las neoplasias de la mujer a nivel mundial, de los cuales el más frecuente es el de cérvix (12 %) (1,2). Cerca del 80 % de los casos se producen en los países en vías de desarrollo, donde los programas de pesquisa no están bien establecidos o son muy poco eficaces (3). El cáncer con mayor incidencia en Venezuela, fue el de cuello uterino con 27,26 %, seguido por el de mama y pulmón con 18,44 % y 6,62 % respectivamente (4). Según el anuario de mortalidad 2008 emitido por el Ministerio de Salud, el cáncer de cérvix ocupó el cuarto lugar como causa de muerte general y reportó un total de 1 210 fallecimientos por esta patología. Y de estos, dos ocurrieron en mujeres entre 15 y 19 años (4). El cáncer cervical ha experimentado una tendencia al ascenso (2,5).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como adolescencia al “período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica”. Es una etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y 19 años (6,7). En muchos países, los adolescentes llegan a representar entre el 20 % y el 25 % de la población (6).

La actividad sexual de los adolescentes va en aumento en todo el mundo, incrementando el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual y de embarazo precoz (6,7). La actual epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS) representa la más diseminada y devastadora patología que enfrentan los jóvenes hoy día (8).

En las adolescentes, la mayor parte de las ITS pasan desapercibidas y regresan espontáneamente, siendo la mayor frecuencia en los grupos de 15-25 años de edad (9).

Las células del epitelio vaginal y del cérvix son más susceptibles a la infección en la niña y la joven, debido a que aún no reciben un estímulo hormonal adecuado. Estas células van a sufrir cambios durante la adolescencia, los cuales provocan que al final de ese período exista una mayor resistencia a las infecciones (10,11). Esto hace que las adolescentes, sobre todo en las etapas más precoces, tengan mayor riesgo de contraer una ITS que una mujer adulta, cuando tiene relaciones sexuales con un hombre infectado (12,13).

El objetivo fue determinar la frecuencia y evolución clínico patológica de las neoplasias intraepiteliales

cervicales en pacientes adolescentes que acudieron a la consulta de Ginecología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (I.A.H.U.L.A.) Mérida.

MÉTODOS

Es un estudio descriptivo y longitudinal. La población objeto del estudio corresponde a 74 adolescentes (entre 10 y 19 años de edad) captadas durante un período de 6 años, que fueron atendidas en la consulta de patología cervical.

Los datos correspondientes, fueron recopilados de las historias clínicas de pacientes adolescentes que acudieron durante un período de 6 años. Dichos datos fueron organizados en cuadros y figuras. Los resultados obtenidos fueron evaluados desde el punto de vista estadístico, y se realizaron cuadros de contingencia en las variables adecuadas, utilizando para su análisis el método de Chi cuadrado para determinar su significancia estadística. Posteriormente, se evalúa la evolución clínica de las lesiones en el grupo estudiado, tomando en cuenta los siguientes criterios (9):

1. **Regresión:** Se define como la primera de tres citologías consecutivas negativas para lesión intraepitelial (LIE).
2. **Progresión:** Que corresponde al primer dato documentado de aumento en el grado de lesión.
3. **Persistencia:** Es la ausencia de cambios histológicos en las características de las lesiones de ingreso.

El tiempo mínimo de seguimiento para determinar persistencia, regresión o progresión, fue de 12 meses.

RESULTADOS

En cuanto a la distribución etaria, se aprecia que la menor edad de las adolescentes evaluadas fue 14 años. La mayor frecuencia está entre los 18 y 19 años con 46 pacientes (62,16 %) seguidos en orden decreciente por el grupo de 16 a 17 años con 25 pacientes (33,78 %) y finalmente con el grupo de 14 y 15 años con 3 pacientes (4,05 %) No hubo reporte de pacientes con edades comprendidas entre los 10 y los 13 años de edad con patología cervical (Figura 1).

En cuanto al reporte de citología de ingreso, se aprecia que 39,19 % (29 casos) reporta negativo para LIE. En segundo lugar, 43,24 % (32 casos) indica lesión intraepitelial de bajo grado (LIE BG). El reporte de lesión intraepitelial de alto grado (LIE AG) y de células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) fue de 5,41 % (4 casos)

respectivamente (Figura 2).

En cuanto a la primera biopsia cervical realizada en el grupo estudiado, 45 casos (60,81 %) reporta neoplasia intraepitelial cervical 1/ virus papiloma humano (NIC 1/ VPH). 7 casos (9,46 %) reportan NIC 2, y 6 casos (8,11 %) reporta NIC 3/Ca *in situ* (Figura 3).

En el grupo de adolescentes estudiado, se determinó que 90,54 % (67 casos) presentaron hallazgos sugestivos de infección por VPH por citología y/o biopsia. En el 9,46 % (7 casos) del grupo en estudio, no se demostró su presencia en los reportes histológicos.

En cuanto a la utilización de electrocauterio en el tratamiento de lesiones cervicales, se observa que este procedimiento fue omitido en el 77,03 % de las

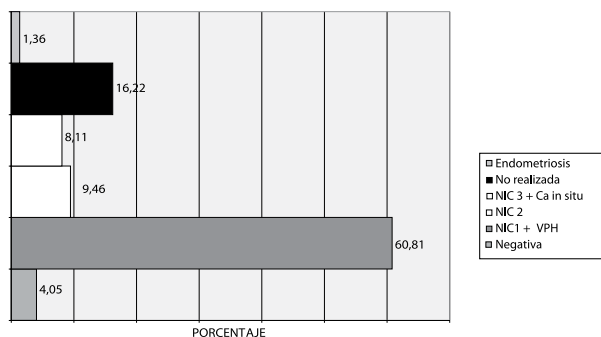


Figura 3. Reporte de biopsia cervical

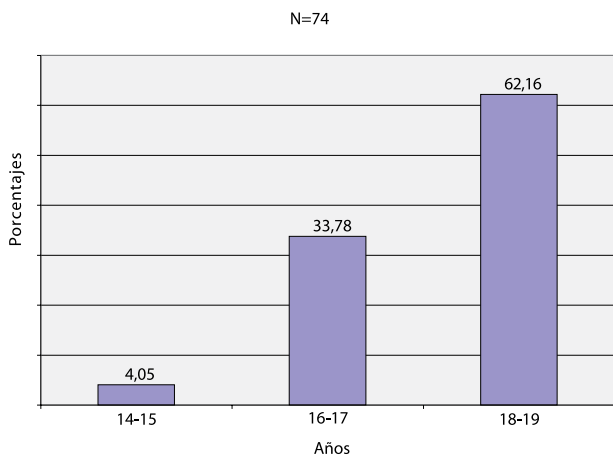


Figura 1. Distribución por edad. (N= 74).

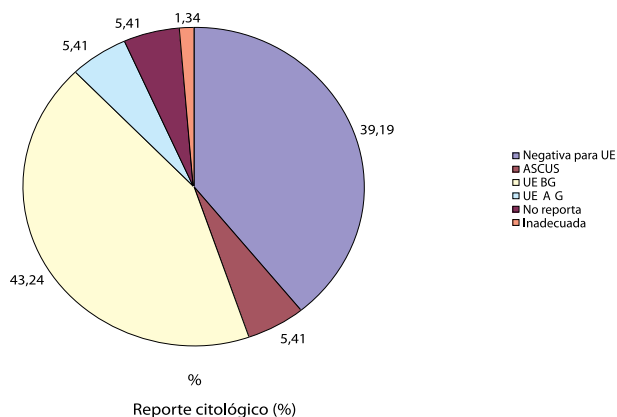


Figura 2. Reporte citológico de ingreso.

pacientes (28 casos); a 17,57 % (13 casos) se les realizó un solo procedimiento y a 5,41 % (4 casos) se les realizó dos procedimientos de electrocauterio.

A 11 pacientes del grupo en estudio (14,86 %) se les realizó como por radiocirugía. Los informes histopatológicos de estas conizaciones, muestran que el 54,55 % de las pacientes (6 casos), reportaron NIC 1/VPH. 27,27 % de las pacientes (3 casos), reportaron NIC 3. 9,09 % de las pacientes reportó NIC 2. Del total de conos realizados, solo un 36,36 % de las biopsias reportaron resultados que justificaron plenamente la realización del procedimiento (Figura 4).

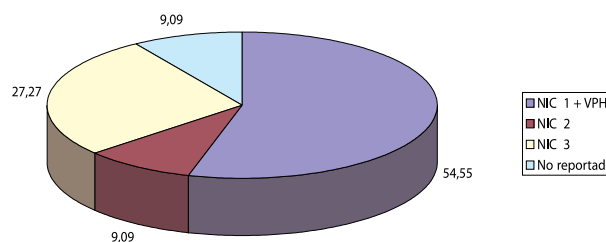


Figura 4. Reporte de conización.

Se realizó correlación (tabla de contingencia) entre las variables denominadas: Presencia de atipias colposcópicas con biopsias patológicas, en el grupo estudiado. Se observa que 63,51 % (47 casos) de las pacientes con atipias colposcópicas, resultaron con biopsia positiva para patología cervical (positivos verdaderos). 13,51 % (10 casos) de las pacientes sin atipias colposcópicas, presentaron biopsias positivas

NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES

(falsos negativos). Se obtiene una sensibilidad de 82,45 %, con especificidad de 80 %, y un valor predictivo positivo de 97,91 %. Esta correlación es estadísticamente significativa ($P=0,006$) (Cuadro 1).

En cuanto a la evolución de las lesiones del grupo de adolescentes en las que se llevó un adecuado seguimiento (46 casos), se observó que 82,60 % (38 casos) presentaron regresión de su patología. 10,86 % (5 casos) presentaron persistencia de enfermedad, y 6,54 % (3 casos) presentaron progresión de sus lesiones.

DISCUSIÓN

En nuestro país no encontramos literatura relacionada con patología cervical en adolescentes. En los últimos años se ha observado un incremento de la incidencia de NIC en mujeres menores de 20 años. Este fenómeno predispone por ende, a un mayor riesgo de aparición precoz de carcinoma invasivo en estas pacientes (6,14,15).

Se aprecia un aumento progresivo de la frecuencia de patología cervical en adolescentes a través de los años. Este comportamiento de aumento progresivo en la incidencia de patología cervical con el paso del tiempo, coincide con un gran número de investigadores (16-18).

La mayoría de las adolescentes atendidas en la consulta de Patología Cervical, pertenecen al grupo etario de 18 y 19 años. El mayor porcentaje de los casos, reportan lesiones de bajo grado en las citologías de ingreso, lo que coincide con varios autores, que justifican estos resultados debido a la juventud de las

pacientes. Esto se corresponde con una adecuada competencia inmunológica (8,10). En adolescentes, se recomienda un manejo conservador de las lesiones, ya que a pesar de la alta incidencia y prevalencia de anomalías citológicas en este grupo de edad, la regresión es elevada, y la progresión a carcinoma ocurre solo en 5 %-15 % de los casos. Esta progresión a malignidad toma varios años en aparecer (8,10).

Un alto porcentaje de las pacientes en estudio, presentó hallazgos histopatológicos sugestivos de infección por VPH. Estas pacientes son las que ameritan un seguimiento adecuado para verificar que estas lesiones vayan hacia la regresión (7,11). En los casos de NIC 2, NIC 3/Ca *in situ*, la conducta debe ser realizada individualizando cada caso (8,10,19). La condición importante para la decisión terapéutica, es la posibilidad de seguimiento de estas pacientes (11, 13).

Estos reportes son similares a los resultados encontrados por Moscicki y col. (11) con una incidencia de 82 %. La mayoría de las infecciones por VPH en adolescentes son asintomáticas y se resuelven en forma eficiente por el sistema inmunológico. De manera que, tanto las lesiones de bajo grado como las de alto grado causadas por VPH, pueden regresar en adolescentes y mujeres adultas jóvenes (14,17,20,21).

Aproximadamente a una cuarta parte de las pacientes se les realizó en zona cervical el procedimiento denominado electrocauterio (método ablativo) lo que difiere con el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) donde se sugiere, que el manejo de la patología cervical en adolescentes debería ser distinto al realizado en pacientes adultas. Es importante evitar un tratamiento agresivo de las

Cuadro 1

Adolescentes atendidas en la consulta de Patología Cervical.
Correlación: Atipias colposcópicas * Biopsias patológicas.
Servicio de Ginecología. IAHULA

		Biopsia patológica			Total
		Si	No	No realizada	
Atipias colposcópicas	Si Recuento	47	1	8	56
	% del total	63,51	1,35	10,81	75,68
	No Recuento	10	4	4	18
	% del total	13,51	5,41	5,41	24,32
Total	Recuento	57	5	12	74
	% del total	77,03	6,76	16,22	100

P= 0,006

lesiones benignas en adolescentes, debido a que la mayoría de las neoplasias intraepiteliales cervicales grados 1 y 2, regresan espontáneamente en mujeres jóvenes (8,17).

Los resultados de histopatología de los conos realizados, muestran que hubo sobre-tratamiento en el grupo de pacientes a quienes se les realizó el procedimiento. La realización de tratamientos ablativos o excisionales del tejido cervical en adolescentes nulíparas, pudieran alterar la fertilidad futura y la competencia cervical (11,17). Un adecuado seguimiento permite determinar la evolución o regresión de las lesiones, y de esta manera definir de forma más precisa las pacientes a ser tratadas. Esta práctica, ayuda a prevenir las posibles consecuencias a futuro en las pacientes de este grupo de edad (8,9).

La significancia estadística de la correlación entre las variables atipias colposcópicas y resultados patológicos de biopsias, demuestran la utilidad y eficacia de la valoración colposcópica en la consulta ginecológica, y su importancia en el estudio de la patología cervical (17,18).

Cerca del 80 % de las mujeres jóvenes que contraen VPH presentan infecciones transitorias que se resuelven en el espacio de 12 a 18 meses. Las tasas de regresión de las LIE BG en adolescentes son mayores que en mujeres adultas y no deben sorprender (9).

CONCLUSIONES

La frecuencia de patología cervical, así como la de infección por VPH en las adolescentes venezolanas va en aumento. Por edad y competencia inmunológica, el manejo de las lesiones cervicales debe ser conservador en las pacientes de este grupo de edad, debido a la alta tasa de regresión. Es por ello que el manejo de la patología cervical en la adolescente, debe ser diferente al utilizado en mujeres adultas. Esto es de gran importancia, siempre y cuando sea posible el seguimiento de estas jóvenes. En una gran mayoría de las pacientes objeto de este estudio, se mantuvo una conducta terapéutica conservadora y se determinó una alta tasa de regresión.

El aumento progresivo en la frecuencia de las neoplasias intraepiteliales cervicales en adolescentes, indica que se debe profundizar en los programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del cáncer de cuello uterino dirigidos a la población adolescente.

REFERENCIAS

1. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Documento de consenso sobre cáncer de cuello uterino. En: Documentos de Consenso. SEGO, 1997.
2. Organización Panamericana de la Salud. Planificación de Programas Apropriados para la prevención del cáncer cervicouterino. 3ª edición. Washington. Ediciones de la Organización Mundial de la Salud. 2002.
3. Coppolillo E, Elizalde R. Pesquisa del cáncer del cuello uterino. FASGO XXI Programa de Educación a Distancia. 1998.
4. Dirección General de Epidemiología. Dirección de Información Social y Estadísticas. Anuario de Mortalidad 2008. Ministerio del Poder Popular de Salud. República Bolivariana de Venezuela. 2008.
5. Uzandizaga JA, Pérez P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. 2ª edición. Madrid. McGraw-Hill-Interamericana; 2005.
6. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington. OPS/OMS.1998.
7. Wright J, Davila R, Pinto K, Merritt D, Gibb R. Cervical dysplasia in adolescents. *Obstet Gynecol.* 2005;106(1):115-119.
8. Case AS, Rocconi RP, Straughn JM Jr, Wang W, Roark K, Waltman EE, et al. Cervical intraepithelial neoplasia in adolescent women: Incidence and treatment outcomes. *Obstet Gynecol.* 2006;108(6):1369-1374.
9. Moscicki A, Shiboski S, Hills N, Powell K. Regression of low-grade squamous intraepithelial lesions in young women. *Lancet.* 2004;364(9446):1678-1683.
10. Simsir A, Brooks S, Cochran L, Bourquin P. Cervicovaginal smear abnormalities in sexually active adolescent. Implications for management. *Acta Cytol.* 2002;46(2):271-276.
11. Moscicki A, Hills N, Shiboski S, Powell K. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA.* 2001;285(23):2995-3002.
12. Woodman C, Collins S, Winter H, et al. Natural history of cervical human papillomavirus infection in young women: A longitudinal cohort study. *Lancet.* 2001;357(9271):1831-1836.
13. Sadeghi SB, Hsieh EW, Gunn SW. Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia in sexually active teenagers and young adults. Results of data analysis of mass Papanicolaou screening of 796 337 women in the United States in 1981. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;148(6):726-729.
14. Cabezas E. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino en edades extremas. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2000;26(3):34-39.
15. Ostor AG. Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: A critical review. *Int J Gynecol Pathol.* 1993;12:186-192.

NEOPLASIAS INTRAEPITELIALES CERVICALES

16. Gonzalez M, Gonzalez J. Ginecología. 8ª edición. Barcelona: Editorial Masson; 2003.
17. ACOG Committee Opinion. Evaluation and management of abnormal cervical cytology and histology in the adolescent. Number 330, April 2006. Obstet Gynecol. 2006;107(4):963-968.
18. De Palo G, Dexeus S. Tratado de Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior. Madrid: Ed. Panamericana. 1992.
19. Richart RM. Cervical intraepithelial neoplasia. Pathol Ann. 1973;8:301-328.
20. Muñoz N, Franceschi S, Bosetti C, Moreno V, Herrero R, Smith JS, et al. Role of parity and human papillomavirus in cervical cancer: The IARC multicentric case-control study. Lancet. 2002;359(9312):1093-1101.
21. Agüero A, Castillo K, González M. Neoplasia intraepitelial cervical de alto grado en mujeres menores de 25 años y mayores de 45 años. Rev Obstet Ginecol Venez. 2012;72(2):89-102.

Viene de pág. 23

Tabla 1. Instituto de Medicina y el aumento de peso en el embarazo

Índice de masa corporal antes del embarazo	Rango de ganancia de peso total (libras)
Bajo peso <18,5	28-40
El peso normal 18,5-24,9	25-35
Sobrepeso 25-29,9	15-25
Obeso > 30	1-20

Modificado de Instituto de Medicina. Aumento de peso durante el embarazo: reexaminando las directrices. Washington, DC: National Academies Press, 2009.

Iniciativas actuales para reducir el sobrepeso y la obesidad

Hay varias iniciativas nacionales y regionales en curso para hacer frente a los retos del sobrepeso y la obesidad para las mujeres y sus familias. Estas iniciativas se centran en educar a los estadounidenses acerca de la importancia del ejercicio y la alimentación saludable. Estas iniciativas políticas pueden aumentar la conveniencia de comprar alimentos saludables y crear espacios vecinales de seguridad para actividades de senderismo y ocio.

Seguidamente el documento describe las iniciativas disponibles en EE.UU. Para detalles se recomienda la lectura del documento original.

Recomendaciones para el obstetra - ginecólogo

Abordar la obesidad y el comportamiento de estilo de vida durante una sesión de la oficina ocupada clínica es un reto para el obstetra - ginecólogo. Los siguientes pasos pueden ayudar a iniciar un diálogo acerca de las modificaciones de estilo de vida entre el paciente y su médico:

- Analice el comportamiento de estilo de vida saludable en cada visita. Varias discusiones pueden facilitar el diálogo y la oportunidad de desarrollar estrategias de pérdida de peso libre.
- Anime a los debates de la actividad física y la gama de opciones de alimentos disponibles en los vecindarios locales durante las visitas prenatales y posparto. La información sobre el manejo obstétrico de la obesidad durante el embarazo se puede encontrar en el Comité Dictamen Número 549 de ACOG, "La obesidad en el embarazo". (27).
- Utilizar técnicas de entrevista motivacional para ayudar a las mujeres en el desarrollo de un compromiso a largo plazo de la pérdida de peso y una vida saludable. Información adicional está disponible en la Comisión de Dictamen Número 423 de AGOG, "Entrevista Motivacional: una herramienta para el cambio

Continúa en pág. 39