

ARTÍCULO ORIGINAL**Comportamiento histológico y factores predisponentes de displasias de cuello uterino en Guantánamo****Histological behavior and predisposing factors in cervical dysplasia in Guantánamo**

Dra. Mileivis Pérez Perera¹, Rafael De la Cruz Vázquez², Dra. Alis Cantalapiedra Luque³, Dra. Ana Ivis Melián Hechavarria⁴, Dr. Eduardo Andalia Ricardo⁵

¹ Especialista de I Grado en Histología. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

³ Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Profesor Auxiliar. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

⁴ Especialista de I Grado de Histología. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

⁵ Especialista de I Grado en Anatomía Patológica. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba

RESUMEN

La displasia cervical es un crecimiento anormal de células epiteliales del cervix. Con el objetivo de determinar factores predisponentes, se realiza un estudio en 214 mujeres, atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" durante el 2010, dentro de las variables estudiadas están: edad, primeras relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual, tipo de displasia y correlación diagnóstica histocitoloscópica. Los datos se recogen en ficha de vaciamiento, se utiliza el porcentaje como medida de resumen de variables cualitativas. La displasia leve fue la más frecuente, las mujeres más afectadas tuvieron entre 35 y 59 años, e iniciaron las relaciones sexuales antes de los 20 años. La infección de transmisión sexual más identificada fue el Virus de Papiloma Humano (VPH) y la correlación diagnóstica histocitoloscópica fue significativa.

Palabras clave: Displasia de cuello uterino (NIC)

ABSTRACT

Cervical dysplasia is an abnormal growth of epithelial cells of the cervix. In order to determine predisposing factors, a study was performed in 214 women treated in the Cervical Pathology consultation at the General Teaching Hospital "Dr. Agostinho Neto" in 2010. Variables are the following: age, first sex, sexually transmitted infections, type of dysplasia and correlation histocytological and diagnosis. Data are collected in voiding record; the percentage is used as a summary measure of qualitative variables. Mild dysplasia was the most common, most affected were women between 35 and 59, and initiated sexual intercourse before age 20. The infection was most identified as sexually transmitted Human Papilloma Virus (HPV) and correlation histocytological and diagnosis was significant.

Keywords: cervical dysplasia (CIN)

INTRODUCCIÓN

El útero, especialmente a nivel del cuello uterino, es asiento de importantes y frecuentes enfermedades que de no diagnosticarse y tratarse oportunamente, podrían limitar la capacidad reproductiva o dar fin a la vida de muchas mujeres; la displasia de cuello uterino es una de estas enfermedades y en su aparición intervienen múltiples factores de riesgo.

Aunque es considerada una lesión benigna y que puede ser reversible, su ulterior evolución está muy relacionada con la génesis del cáncer de cuello uterino.

La displasia o neoplasia intraepitelial cervical (NIC) se define por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una lesión en la cual parte del espesor del epitelio está sustituido por células que muestran grados variables de atipias; éstas se clasifican en leve, moderadas y severas, según el compromiso del espesor epitelial, categorías que todavía son empleadas ampliamente en muchos países en desarrollo.¹⁻³

Aunque puede sospecharse NIC por citología orgánica el diagnóstico final se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical. La colposcopia junto con la biopsia dirigida colposcópicamente, es el primer método de evaluación de las mujeres con citología anormal. Este examen permite localizar el área más sospechosa para obtener una biopsia directa, excluye la invasión y determina la extensión de la lesión preinvasiva.⁴⁻⁵

Estudios epidemiológicos han identificado varios factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las displasias y del propio cáncer. Entre ellos figuran las enfermedades de transmisión sexual (infección con ciertos tipos oncógenos de VPH, por *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas*, *Gardnerella*), no uso de anticonceptivos de barrera (condón), antecedentes familiares, volverse sexualmente activo antes de los 18 años de edad, dar a luz antes de los 16 años, la multiplicidad de compañeros sexuales, multiparidad, número de abortos y legrados, uso prolongado de anticonceptivos orales, consumo de tabaco, pobreza, carencia de micronutrientes y un régimen alimentario con pocas frutas y verduras.⁶⁻⁷

MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo y analítico en pacientes con diagnóstico histológico de displasia de cuello uterino, atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto" de Guantánamo en el año 2010, con el objetivo de determinar los factores predisponentes de las displasias.

Se estudiaron 214 mujeres con el diagnóstico histológico de displasia de cuello uterino obtenido por biopsia dirigida por ponche, con láminas histológicas en buen estado de conservación y con citología orgánica realizada.

Para alcanzar los objetivos se confecciona una ficha de vaciamiento que permite obtener las variables a estudiar: edad, factores de riesgo relacionados con la aparición de las displasias (edad a la primera relación sexual, antecedentes de infecciones de transmisión sexual).

Para precisar el tipo de displasia se revisaron los resultados de las biopsias dirigidas por ponche, el tipo de displasia se informó como leve, moderada y severa, utilizando la clasificación propuesta por la OMS.

Se estableció la correlación entre los diagnósticos histológico citológico e histológico colposcópico, utilizando los resultados de la biopsia dirigida por ponche, la citología orgánica y la colposcopia, la correlación fue

evaluada de: significativa (correlación mayor al 80 %); aceptable (entre el 60 y 80 %) y no significativa (menor al 60 %); los resultados de la colposcopia se informaron como colposcopia normal y anormal, según la clasificación propuesta en el Congreso Mundial de Patología de Cuello Uterino y Colposcopia en Australia 1996.

Las variables utilizadas en esta investigación fueron de tipo cualitativas y para su análisis estadístico se utilizó como medida de resumen descriptiva el porcentaje.

RESULTADOS

Tabla 1. Grupos de edades y tipo de displasia

Grupo de edades (años)	Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 25	25	17.3	5	11.1	-	-	30	14
25 - 34	45	31.3	18	40.0	4	16	67	31.3
35 - 59	72	50	21	46.7	20	80	113	52.8
60 y más	2	1.4	1	2.2	1	4	4	1.9
Total	144	67.3	45	21	25	11.7	214	100

Nota: Los porcentajes están calculados considerando los totales de las columnas.

Se encontró un total de 214 pacientes con el diagnóstico de displasia, predominando la leve, con el 67.3 % (n=144), seguida de la moderada y la severa con un 21 % (n=45) y 11.7 % (n=25) respectivamente. Las mujeres más afectadas se encontraron entre los 35 y 59 años de edad con 113 (52.8 %). Dicho comportamiento fue similar independientemente del tipo de displasia que presentarán (Tabla 1)

Tabla 2. Edad a la primera relación sexual y tipo de displasia

Edad a la primera relación sexual (años)	Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%

Menos de 18	79	54.9	30	66.7	15	60	124	57.9
18 – 20	63	43.7	15	33.3	10	40	88	41.1
Más de 20	2	1.4	-	-	-	-	2	1
Total	144	67.3	45	21	25	11.7	214	100

La edad a la que se inician las relaciones sexuales es un factor importante en la aparición de alteraciones displásicas, así el mayor número de pacientes afectadas estaban en el grupo de mujeres cuyas relaciones sexuales comenzaron antes de los 18 años con 124 pacientes (57.9 %), mientras que las que iniciaron después de los 20 años fueron menos afectadas con solo 2 casos (1.0 %).

El comportamiento fue similar en los distintos tipos de displasias en los que la mayoría de los casos iniciaron sus relaciones sexuales antes de los 18 años, de las 144 pacientes con displasia leve 79 (55.0 %) pertenecieron a este grupo, en la moderada 30 y en la severa 15 casos para un 66.7 % y 60.0 % respectivamente (Tabla 2).

Tabla 3. Antecedentes de infección de transmisión sexual y tipo de displasia

Infección de transmisión sexual	Displasia leve		Displasia moderada		Displasia severa		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
VPH	80	55.6	18	40	11	44	109	50.9
<i>Trichomonas</i>	3	2.1	4	8.9	2	8	9	4.3
<i>Gardnerella</i>	16	11.1	4	8.9	5	20	25	11.6
<i>Chlamydiae</i>	-	-	-	-	1	4	1	0.4
Mixtas	26	18	12	26.6	6	24	44	20.6
Otras	6	4.2	3	6.7	-	-	9	4.3
Ninguna	13	9	4	8.9	-	-	17	7.9
Total	144	67.3	45	21	25	11.7	214	100

El mayor número de casos de displasias está relacionado con la infección por el VPH con 109 casos (50.9 %), seguido de las infecciones mixtas con 44 casos (20.6 %), donde siempre el papiloma virus estuvo presente. Resultados similares se observaron en cada tipo de displasia donde hubo un predominio de los casos afectados por el VPH con 80

casos (55.6 %) en la leve, 26 (57.7 %) en la moderada y 11 (44 %) en la severa (Tabla 3).

Tabla 4. Correlación entre diagnóstico histológico por biopsia dirigida por ponche y citológico

Diagnóstico histológico	Diagnóstico Citológico							
	NIC I		NIC II		NIC III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Displasia leve	128	88.9	9	6.2	7	4.9	144	67.3
Displasia mod.	10	22.2	33	73.3	2	4.5	45	21
Displasia severa	-	-	3	12	22	88	25	11.7
Total	138	64.5	45	21.1	31	14.4	214	100

La mayor correlación entre el diagnóstico histológico y citológico se produjo en la displasia leve donde el 88.9 % de los casos coincidieron con el diagnóstico citológico de NIC I, seguido de la displasia severa donde el 88.0 % coincidió con el diagnóstico de NIC III, siendo evaluada de significativa (Tabla 4).

Tabla 5. Correlación entre diagnóstico histológico y colposcópico

Diagnóstico histológico	Diagnóstico colposcópico					
	Colposcopia normal		Colposcopia anormal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Displasia leve	125	86.8	19	13.2	144	67.3
Displasia moderada	11	24.4	34	75.5	45	21.0
Displasia severa	3	12.0	22	88.0	25	11.7
Total	139	65.0	75	35.0	214	100

El 86.8 % de los casos con diagnóstico histológico de displasia leve presentaron una colposcopia normal mientras que el 88.0 % de los casos con severa tuvieron una colposcopia anormal por lo que la correlación entre el diagnóstico histológico y colposcópico fue significativa (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Estudios revisados arrojaron resultados similares: Pérez y col¹, encontraron que los casos menores de 25 años solo representaban el 2.3 %, mientras que las de 25 y 45 años el 66.4 %, siendo los casos más afectados.

Vázquez Márquez A. y col⁷, encontraron alta prevalencia de la aparición de los cambios displásicos del cervix en mujeres en edad reproductiva; de ellas el 43.6 % eran menores de 40 años, incluyendo 3 (0.9 %) con menos de 20 años. Borges Laffita y col⁸, señalan, que el mayor número de pacientes afectadas corresponde al grupo de 20 a 30 años con 70 (35.7 %), y el de menor incidencia, correspondió al grupo de 51 a 60 años con solo 19 pacientes (9.7 %).

Existe un hecho anatómico normal en las adolescentes que lleva a plantear una hipótesis muy documentada: el período de metaplasia escamosa, que existe en el cuello uterino de éstas, es el momento más crítico para el riesgo potencial de la transformación celular y para el desarrollo de las alteraciones displásicas y neoplásicas.

Se ha demostrado que, en ese período las células metaplásicas jóvenes presentan propiedades fagocíticas cerca de la unión escamo columnar. En consecuencia, las mujeres que inician la actividad sexual a edad temprana, cuando el proceso metaplásico es más activo, presentarían una mayor probabilidad de introducir el virus en sus células metaplásicas y activarían la transformación de esas células.⁹⁻¹²

Sarduy Nápoles¹³ en su estudio, encontró que el 44.7 % de las mujeres tuvieron su primera relación sexual precozmente. Siete de cada diez mujeres refirieron que la primera relación sexual la habían tenido a la edad de 18 años o antes. Las pacientes con sexarquia precoz (especialmente antes de los 18 años) presentaron casi 5 veces mayor riesgo en comparación con aquellas que tuvieron relaciones sexuales más tardías.

Entre el 80 y el 90 % de los casos con displasia cervical se ha identificado el ADN transcrito y los productos proteicos del VPH. En este virus han sido aislados, secuenciados y clonados al menos 100 tipos y, de ellos, 50 están asociados al tracto genital femenino.¹⁴

Tirado Gómez y col¹⁵ evaluaron la asociación entre la displasia cervical y el virus del VPH, de alto riesgo, los cuales demostraron que se incrementa en 78 veces la probabilidad de presentar un cáncer invasor; cuando el VPH es tipo 16, el incremento es mayor.

Martínez Chang y Sarduy Nápoles¹⁶ encontraron que de las infecciones de transmisión sexual (ITS), la más frecuente fue el VPH, que ocupó el 65.6 %.

Sarduy Nápoles¹⁷ encontró en su estudio de correlación, que la totalidad de pacientes con NIC II y NIC III presentaron una lesión colposcópica y se les realizó la biopsia dirigida, la cual ratificó el diagnóstico citológico en el 97.3 %; en 4 pacientes el resultado histológico fue de NIC I por lo que constituyeron falsos positivos para la citología.

De las 44 pacientes con una lesión de bajo grado (NIC I) a las que se realizó la biopsia hubo concordancia en 40 pacientes que representaron el 90.9 % y en las 4 restantes, el diagnóstico histológico se correspondió con una lesión de alto grado, o sea, fueron falsos negativos por la citología.

Guerra¹⁸ reportó resultados que corroboran lo comprobado en esta investigación: cuando las lesiones son más avanzadas, la correlación citológica e histológica es más exacta.

Cuitiño García L. y col¹⁹ en su estudio, precisaron que hubo coincidencia citohistológica en 59.7 % cuando el informe citológico dio como resultado una lesión intraepitelial de bajo grado (n= 77), y de 73.7 % cuando el resultado fue lesión intraepitelial de alto grado (n= 76).

En caso de cualquier frotis de Papanicolaou anormal se deben realizar exámenes colposcópicos con biopsias dirigidas para confirmar histológicamente el diagnóstico, determinar el grado de lesión, y descartar un cáncer invasivo.¹³

La colposcopia junto con la biopsia dirigida colposcópicamente, es el primer método de evaluación de las mujeres con citología anormal.¹⁶

Los resultados de esta investigación coincidieron con Guerra¹⁸ quien encontró una fuerte relación entre las alteraciones por colposcopia y el diagnóstico histológico.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de las mujeres estudiadas tuvieron de 35 a 59 años de edad, comenzaron las relaciones sexuales antes de los 20 años y estuvieron afectadas por el papiloma virus.
2. El tipo de displasia más frecuente fue la displasia leve.
3. La correlación del diagnóstico histológico citológico e histológico colposcópico fue significativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Espinosa R, Serrano Varela N, Figueroa ME, Estable E. Estudio y Comportamiento de la neoplasia intraepitelial cervical de bajo grado (NIC I) en el Hospital Universitaria América Arias en un periodo de cinco años. [Internet]. 2007 [citado 20 may 2011]: [aprox. 10 p]. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/11208/Estudio-Comportamiento-neoplasia-intraepitelial-cervical-bajo.html>
2. Sellors JW, Sankaranarayanan R. La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes. [Internet]. Washington: OPS; 2003 [citado 26 may 2011]. Disponible en: <http://screening.iarc.fr>
3. Displasia cervical. [Actualizado: 28 febrero 2011; citado 26 may 2011]. Washington: National Institutes of Health. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001491.htm>
4. Cabezas Cruz E. Lesiones malignas del útero. En: Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 297-312.
5. Ben Hmid R, Mourali M, Zghal D, Mahjoub S, Naceur C, Sbai N, et al. Usefulness of colposcopy in inflammatory cervico-vaginal smears: apropos of 140 cases. Tunis Med [Internet].2007 [citado 26 may 2011]; 85(6):500-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17644905>
6. Kahn JA. HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. N Engl J Med[Internet].2009[citado 26 may 2011]; 361:271-278.Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMct0806938>
7. Vázquez Márquez A, González Aguilera JC, Cruz Chávez F de la, Almirall Chávez AM, Valdés Martínez R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Rev Cubana Obst Ginecol [Internet]. 2008 [citado 20 may 2011]; 34 (2): [aprox. 8p]. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2008000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Borges Laffita M. Estudio epidemiológico de las displasias epiteliales de cuello uterino y la infección por H.P.V. en el Hospital General Docente de Baracoa [tesis]. Guantánamo. Octavio de la Concepción y la Pedraja; 2002.
9. Shepherd J, Weston R, Peersman G, Napuli IZ. Intervenciones para la prevención del cáncer cervical mediante modificaciones de la conducta y estilos de vida sexuales (Revisión cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus [Internet].2008; 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/cochrane/AB001035-ES.htm>

- 10.El epitelio plano del ectocervix. [citado 26 may 2011]. Disponible en: <http://www.eurocytology.eu/static/eurocytology/esp/cervical/LP1ContentAcontC.html>
- 11.Histología y citología de la vagina y el exocervix. [citado 26 may 2011]. Disponible en: <http://docencia.udea.edu.co/citologia/exocervix.html>
- 12.Trastornos premalignos y malignos de cuello uterino. [citado 26 may 2011] [aprox.20p.].Disponible en: <http://www.medtropoli.net/internado/Trastornos%20pre malignos%20y%20malignos%20del%20cuello%20uterino.doc>
- 13.Sarduy Nápoles M, Martínez Chang YM, Vasallo Prieto R, Armas Fernández MC de, Alfonso Sabatier C, Herrera Páez B. Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].2009[citado 20 may 2010]; 35 (3): [aprox.5p].Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300008
- 14.León Cruz G, Bosques Diego O, Silveira Pablos M. Mecanismos moleculares de los cofactores asociados con el cáncer de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2004[citado 26 may 2011]; 30 (3):30-3. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_3_04/gin07304.htm
- 15.Tirado Gómez LL, Mohar Betancourt A, López Cervantes M, García Carrancá A, Franco Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres Mexicana. Salud Pública Méx [Internet].2005; 47(5):342-50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342005000500004
- 16.Martínez Chang YM, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. Rev Cubana Invest Biomed [Internet].2006 [citado 26 may 2011]; 25(1): [aprox.10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002006000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 17.Sarduy Nápoles M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2008 [citado 20 nov 2008]; 35 (1): [aprox.11 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_1_09/gin07109.htm
- 18.Guerra Founier C. Comparación de los resultados del cepillado con el canal con el estudio histológico en pacientes conizadas. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet].1998 [citado 26 may 2011]; 25(2):124-7. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol25_2_99/gin10299.htm
- 19.Cuitiño García L, Tirapegui S F, Torres Y L, Klaassen R, Naveas G R, Martínez C J. Correlación citohistológica de lesiones escamosas

intraepiteliales de cuello uterino, en la unidad de Patología Cervical del Hospital Naval de Talcahuan. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2005[citado 26 may 2011]; 70 (3): 152-155. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262005000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 28 de mayo de 2014

Aprobado: 19 de junio de 2014

Dra. Mileivis Pérez Perera. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. **Email:** mileivis@unimed.gtm.sld.cu