

Revisión Temática Internacional

Lesiones intraepiteliales cervicales en la adolescencia.

Martínez Chang Ysis Margarita¹, Sarduy Nápoles Miguel Román², Rodríguez Martínez Leysi³.

Resumen

La adolescencia es la etapa de tránsito entre la niñez y la adultez y está marcada por cambios físicos, emocionales, psicológicos y sociales. Abarca desde los 10 hasta los 19 años. En la biología del cérvix, se produce un prolapso de la mucosa endocervical por aumento de volumen del cuello uterino dado por la acción de las hormonas sexuales. El ectropión fisiológico es más vulnerable y se acompaña de anomalías histocitológicas del epitelio epidermoide metaplásico. Los factores asociados a la infección por el virus del papiloma humano para el desarrollo de lesiones intraepiteliales cervicales son: el inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales, multiparidad, tabaquismo, las infecciones de transmisión sexual, el déficit vitamínico, algunos factores hormonales, así como la inmunodeficiencia exógena o endógena. El inicio precoz de las relaciones sexuales y las conductas sexuales de riesgo son factores importantes en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino que pueden evolucionar hacia un cáncer infiltrante. Más de 80% de las lesiones de bajo grado y casi la totalidad de las de alto grado se asocian con los virus de alto riesgo oncogénico. El diagnóstico se realiza mediante la citología orgánica, la colposcopia y el estudio histológico. El cáncer de cuello es altamente prevenible y el tratamiento debe limitarse a las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado pues la mayoría de los casos de bajo grado no progresan o se normalizan espontáneamente. La terapéutica quirúrgica a realizar debe analizarse de forma personalizada y responder a las indicaciones precisas que requiere cada adolescente.

Palabras claves: Adolescencia, lesiones escamosas intraepiteliales, VPH.

Summary

Adolescence is the transitional stage between childhood and adulthood, and is marked by changes, physical, emotional, psychological and social. It includes ranges from 10 to 19 years. The biology of the cervix, prolapse of endocervical mucosa occurs by enlargement of the cervix by the action of sex hormones. The physiological ectropion is most vulnerable and comes with histocytological squamous metaplastic epithelium abnormalities. Factors associated with HPV to develop cervical intraepithelial lesions, are early onset of sexual intercourse, multiple sexual partners, multiparity, smoking, sexually transmitted infections, the vitamin deficiency, some hormonal factors and the exogenous or endogenous immunodeficiency. Early initiation of sexual intercourse and sexual risk behavior are important factors in the development of intraepithelial lesions of the cervix that may develop into an invasive cancer. Over 80% of the LEI-BG and 100% of LEI- AG are associated with high-risk HPV. The diagnosis is made by organic cytology, colposcopy and histology. Cervical cancer is highly preventable and treatment should be limited to women with high-grade intraepithelial lesions as most cases of low grade or



1. Dra. Ysis Margarita Martínez Chang.
Especialista de 1ro y 2do grado en
Ginecología y Obstetricia
Centro de Investigaciones Médico
Quirúrgicas, La Habana. Cuba
Diplomada en Ginecología de la infancia y
la adolescencia.
Profesor asistente de la Universidad de
Ciencias Médicas de La Habana.



2. Dr. Miguel Román Sarduy Nápoles.
Doctor en Ciencias Médicas
Especialista de 1er y 2do grado en
Ginecología y Obstetricia
Centro de Investigaciones Médico
Quirúrgicas, La Habana. Cuba
Profesor titular de la Universidad de
Ciencias Médicas de La Habana.
Investigador auxiliar.



3. Dra. Leysi Rodríguez Martínez.
Residente de 4to año en la especialidad de
Ginecología y Obstetricia
Hospital Ginecobstétrico Ramón González
Coro, La Habana. Cuba
Centro de Investigaciones Médico
Quirúrgicas, La Habana. Cuba.

progress spontaneously normalized. Surgical therapy should be analyzed to make personalized and meet the specific information required by each adolescent.

Palabras claves: Adolescence, squamous intraepithelial lesion, HPV

Introducción

La adolescencia fue considerada durante mucho tiempo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, y está marcada por profundos cambios, físicos, emocionales, psicológicos y sociales. Es el período de la vida que abarca desde los 10 hasta los 19 años y la juventud como el que transcurre desde los 15 hasta los 24 años.¹

Concepto de adolescencia

La Organización Mundial de la Salud ha definido la adolescencia en tres dimensiones de la forma siguiente:

Biológico: progreso del individuo desde el inicio del desarrollo puberal hasta la madurez sexual y la plena capacidad reproductiva.

Psicológico: transformación de los procesos psicológicos y pautas de identificación en la evolución de niño a adulto.

Social: transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.²

La adolescencia se puede dividir en tres etapas con características diferentes y a su vez con formas disímiles de enfrentar la sexualidad.

Adolescencia precoz 11-14 años. Durante este período por lo general se produce la menarquia.

Adolescencia intermedia 15-17 años. Es en estas edades donde en la mayoría de los jóvenes comienzan las relaciones sexuales coitales.

Adolescencia tardía 18-19 años. Presenta gran similitud en su comportamiento y morbilidad con la adulta joven.

Biología del cérvix durante la adolescencia

En la etapa prepuberal, la unión escamocolumnar está situada a nivel del endocérnix o en las proximidades del orificio cervical externo. Durante la adolescencia se produce un prolapso de la

mucosa endocervical por aumento de volumen del cuello uterino que está influenciado por la acción de las hormonas sexuales.

Como consecuencia del casi constante ectropión fisiológico de la pubertad, el cuello de las adolescentes es más vulnerable y se acompaña de anomalías histo-citológicas del epitelio epidermoide metaplásico.³

Infección por el virus del papiloma humano (VPH)

Se han descrito diversos factores asociados a la infección por el VPH para el desarrollo de lesiones intraepiteliales cervicales, tales como: el inicio precoz de las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales o por una conducta sexual de riesgo del varón, la multiparidad, el tabaquismo, las infecciones de transmisión sexual, el déficit vitamínico, algunos factores hormonales, así como la inmunodeficiencia exógena o endógena.⁴⁻⁷

Factores de riesgo asociados a la infección por VPH

El inicio precoz de las relaciones sexuales (antes de los 20 años y sobre todo antes de los 16) y las conductas sexuales de riesgo de ambos miembros de la pareja, son factores importantes en la aparición de lesiones intraepiteliales del cuello uterino, que pueden evolucionar hacia un cáncer infiltrante. Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en 17-21% de las mujeres con una pareja sexual y 69-83% de las mujeres con cinco o más parejas sexuales.⁸ La promiscuidad del varón también constituye un factor de riesgo dado el papel que se le concede al semen como vía de transmisión de infecciones.

Las mujeres fumadoras tienen un riesgo mayor de padecer de cáncer del cuello uterino que las no fumadoras. En algunas investigaciones se ha demostrado una concentración elevada de sustancias provenientes del humo del tabaco en el moco cervical que por acción irritativa local y disminución de la inmunología celular favorecen los cambios celulares locales.⁹⁻¹²

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo y la disminución de la defensa inmunológica favorecen el desarrollo de las infecciones por VPH. Así mismo, el uso prolongado de anticonceptivos orales por más de cinco años se ha asociado con el riesgo de

aparecer lesiones intraepiteliales y cáncer cervical.
7,11

Los factores genéticos o enfermedades que provocan inmunodeficiencias como el SIDA y otras inducidas por medicamentos inmunosupresores como los esteroides y otras drogas predisponen al desarrollo de cánceres en localización anogenital y del cuello uterino ante la presencia de la infección por virus de papiloma humano.¹³ Las evidencias clínicas sugieren que la inmunidad celular es importante en la protección contra la persistencia del VPH. Estos resultados se documentan con la elevada incidencia de displasias en pacientes inmunosuprimidos a los que se ha realizado un trasplante y en los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).¹¹⁻¹³

Aunque los estudios científicos no son concluyentes se considera que una dieta baja en antioxidantes, ácido fólico y vitamina C favorece la persistencia de la infección por el virus del papiloma humano y la evolución de las lesiones precancerosas y cáncer cervicouterino.⁷

Lesiones intraepiteliales cervicales.

La neoplasia intraepitelial cervical (NIC) es una lesión considerada como precursora del cáncer del cuello uterino. Diferentes clasificaciones han sido utilizadas para designar estas lesiones. Anteriormente se denominaron displasias leve, moderada y severa, que se corresponden con las gradaciones numéricas empleadas en la terminología de las NIC.¹⁴

En la actualidad, la clasificación más empleada es la de Bethesda que considera los NIC I como lesión escamosa Intraepitelial de bajo grado (LEI-BG) y los NIC II y NIC III como: lesiones intraepiteliales de alto grado (LEI-AG).¹⁵

En las lesiones escamosas intraepiteliales, la infección por el VPH juega un papel importante, pero no es el único factor a tener en consideración, pues no todas las mujeres infectadas desarrollan estas lesiones intraepiteliales, pues esto va a depender de otros factores de riesgo o cofactores, de la oncogenicidad del subtipo de virus que infecta, de la carga viral actuante y el nivel de respuesta inmunológica del huésped.¹⁶

Más de 80% de las LEI-BG y el casi la totalidad de las LEI- AG están asociadas con los VPH de alto riesgo. El subtipo VPH 16 es el que se asocia con mayor frecuencia en ambos tipos de lesiones.^{4,6}

La mayoría de las LEI-AG son el resultado de la evolución de lesiones de bajo grado; sin embargo, aproximadamente en 20% de los casos no se reconoce este antecedente. Las LEI-BG van hacia la curación espontánea entre 70 y 80% según los reportes de diferentes autores.^{4, 12,17}

Diagnóstico de la infección por VPH y lesiones intraepiteliales

El diagnóstico en patología cervical se basa en tres elementos: la citología orgánica, la colposcopia y el estudio histológico, sin embargo, se le ha reconocido un rol importante a la prueba para detección del VPH en la pesquisa del cáncer de cuello uterino.

La indicación de una citología orgánica durante la adolescencia debe realizarse ante la evidencia clínica de una lesión o antecedentes de infecciones por VPH no necesariamente de forma sistemática.³

Colposcopia: Es un método indispensable para el diagnóstico de la infección VPH subclínica en el cuello uterino y la vagina. Este método nos permite evaluar la extensión de la lesión y es de gran ayuda para decidir el lugar donde debe realizarse la biopsia.¹⁶

Histología: La comprobación definitiva de una sospecha colposcópica o citología solo puede efectuarse desde el punto de vista histológico. Si las alteraciones se limitan al ectocervix y no penetran en el canal endocervical se puede proceder a la exéresis total de la lesión mediante ponches múltiples por sacabocado. Se hace una conización como método diagnóstico cuando existen alteraciones sobre las que se tiene la certeza de una displasia de alto grado o de un carcinoma in situ, teniendo en cuenta que son adolescentes y mujeres jóvenes.³

Prevención primaria

-Prevención de la infección por VPH y modificación de los factores de riesgo.

-Aplicación de estrategias de intervención para modificar comportamientos sexuales de riesgo (uso correcto y sistemático del condón masculino).

-Acciones para incentivar el abandono del consumo de tabaco.

-Aplicación de una vacuna eficaz y asequible.

Prevención secundaria

Detección precoz y tratamiento oportuno.

Prevención terciaria

Existen más de 30 ensayos clínicos en curso para la vacuna contra el VPH con efectos preventivos y terapéuticos.¹⁸

Tratamiento específico para las lesiones precancerosas y cáncer del cuello uterino.

Tratamiento de las lesiones intraepiteliales en la adolescencia

A juzgar por los conocimientos actuales sobre la historia natural de las NIC y el papel etiológico del VPH, el tratamiento debe limitarse a las mujeres con lesiones intraepiteliales de alto grado pues la mayoría de los casos de bajo grado no progresan o se normalizan espontáneamente sin tratamiento, aunque debe llevar aparejado un seguimiento médico programado, sobre todo si tienen cofactores de riesgo.³

La radiocirugía es el método escisional de elección en las adolescentes con LEI de alto grado, si se tiene en cuenta que es de muy fácil ejecución, nula mortalidad, baja morbilidad, preserva la capacidad reproductiva, satisface las condiciones de erradicación total de la lesión, tiene excelentes resultados cosméticos a largo plazo, así como una tasa de curación de 80 a 95%, según el método utilizado y la gravedad de las lesiones.

El cono por el asa diatérmica es la modalidad terapéutica de elección en adolescentes con LEI-AG. En lesiones pequeñas circunscriptas totalmente visibles, puede realizarse exéresis solo de la lesión cuidando el margen oncológico (LEEP). La exéresis de la zona de transformación en indicación selectiva, determinando en cada paciente la extensión y profundidad de la conización.⁵

Consideraciones finales

El cáncer de cuello es altamente prevenible siendo la infección persistente por tipos de VPH de alto riesgo la causa principal. El VPH se transmite por contacto sexual y es causa necesaria para desencadenar el cáncer de cuello. Existen más de

120 tipos de VPH y los subtipos 16 y 18 están presentes en 80% de todos los cánceres de cuello. En los países en que la vacunación de VPH no se ha implementado, el diagnóstico precoz de cáncer de cuello es la estrategia de prevención más apropiada. La terapéutica quirúrgica a realizar debe analizarse de forma personalizada y responder a las indicaciones precisas que requiere cada adolescente.

Bibliografía

1-Martínez Chang Y, Sarduy Nápoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical Rev Cubana Invest Bioméd v.25 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2006.

2- Peláez Mendoza J.: Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. Editorial Científico Técnica. La Habana, 2003 Cap I. p 3-14

3- Peláez Mendoza, J. Ginecología pediátrica y de la adolescente. Editorial Científico Técnica. La Habana, 2007 p 31,183-192.

4- Dávila H., García A., Álvarez F., Castillo Y., Imengana L., Matos Z.: Neoplasia intraepitelial de cuello uterino en un área de salud de la Isla de la Juventud, Cuba: 1999-2008. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(4): 236 – 243.

5- Programa integral para el control del cáncer en Cuba. Consenso de Radiocirugía en el tracto genital inferior. Edit. Ciencias Médicas. La Habana, 2011. Cap 10 p 27, 28

6- Cabezas E.: Edad al inicio de las relaciones sexuales y carcinoma de cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol 2005; 11(1):97-104.

7-Vizcaíno MJ., Herruzo R., Bilbao R., de Armas A., García A.: Factores de riesgo asociados a neoplasia intraepitelial cervical mediante un estudio de casos y controles. Clin Invest Ginecol Obstet. 2000; 27: 324-8.

8- American College of Obstetricians and Gynecologists. Cervical cancer in adolescents: screening, evaluation, and management. Committee Opinion No. 463. Obstet Gynecol. 2010; 116: 469–72.

9- Kahn JA.: HPV vaccination for the prevention of cervical intraepithelial neoplasia. N Engl J Med. 2009; 361:271-278

10- León G., Arango M., Faxas M.: Respuesta inmune celular en pacientes con lesiones benignas y malignas

del cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* vol.37 no.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2011

11- Sarduy M., Martínez Y. M., Vasallo R., Armas M.C., Sabatier C.A., Herrera B.: Lesiones intraepiteliales cervicales de bajo grado. Regresión, persistencia y progresión a los dos años de evolución. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.35 n.3 Ciudad de la Habana jul.-sep. 2009

12- Sarduy Nápoles M.: Evaluación de tres métodos de tratamiento conservador de la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Tesis doctoral. CIMEQ, La Habana. 2006.

13- Purnima B, Stephen R, Mattarollo C, Ian H.: Regulation of immune responses to HPV infection and during HPV directed. *Immunotherapy Immunological Reviews*. 2011; 239:85-98.

14-Aguilar K., Ríos M.A., Hernández M., Aguilar F., Silveira M., Nápoles M.: Papiloma viral humano y cáncer de cuello uterino. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.34 n.1 Ciudad de la Habana ene.-abr. 2008

15- Sellors W.: La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: manual para principiantes. Cap 2 pág. 18. Washington, D.C.: OPS, © 2003.

16- Sarduy M.: Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales e identificación del VPH en esas lesiones. *Rev Cubana Obstet Ginecol* v.35 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2009.

17- Hillemanns P, Wang X, Staehle S, Michels W, Dannecker C. Evaluation of different treatment modalities for vulvar intraepithelial neoplasia (VIN): CO2 laser vaporization, photodynamic therapy, excision and vulvectomy. *Gynecol Oncol* 2006; 100 (2): 271-5.

18- Xavier Bosh F.: Control y prevención del cáncer del cuello uterino. Curso virtual. Modulo 5. Institut Català d ' Oncologia.

http://www.aulaoncologia.org/file.php/49/moddata/sicorm/254/es/ico_vacunavuccnet_05_00/launch.htm/



Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, La Habana, Cuba.

