

## Artículo original

## Factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical

Alfredo Alaniz Sánchez,<sup>1</sup> Jesús Flores Grimaldo,<sup>1</sup> Cruz Elena Salazar Alarcón<sup>2</sup><sup>1</sup> Ginecología y Obstetricia, Diplomados en Colposcopia y Patología del Tracto Genital Inferior.<sup>2</sup> Médico residente de tercer año en la Especialidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del IMSS.

## Resumen

**Objetivo:** Describir los factores de riesgo para el desarrollo de la displasia leve cervical. **Material y métodos:** Se estudiaron a 100 pacientes femeninas referidas a la Clínica de Displasias del Hospital de Ginecología y Obstetricia Tlatelolco del Instituto Mexicano del Seguro Social por el reporte de citología cervicovaginal anormal, a las cuales se les realizó su historia clínica con interrogatorio dirigido a los factores de riesgo, toma de Papanicolaou, calificándose con el índice colposcópico de Reid y con biopsia dirigida del cérvix uterino con el diagnóstico confirmatorio de displasia leve por biopsia cervical. **Resultados:** La edad promedio de las pacientes fue de 36.94 años con un rango de 20 a 66 años. El inicio de la vida sexual fue en promedio a los 19.25 años con  $\pm$  DE 3.9 y con un rango de 11 a 30 años. El número de parejas sexuales que tuvieron estas pacientes fue en promedio de 2.57 con  $\pm$  DE de 2.4 y con un rango de 1 a 20 y con un tiempo promedio de vida sexual activa de 17.82 años  $\pm$  DE 9, con un rango de 1 a 52 años. La edad en que se presentó el primer embarazo fue en promedio de 20.82 años  $\pm$  DE 4, con rango de 11 a los 40 años, siendo más frecuente entre los 10 a 20 años. El tabaquismo: No fumadoras fueron 55 (55%) y las fumadoras fueron 45 (45%), de las cuales tuvieron un promedio del hábito en 19.7 años con  $\pm$  DE 4.6. El diagnóstico llevado a cabo en todas las pacientes fue realizado por colposcopia con biopsia dirigida, confirmándose el diagnóstico definitivo por reporte histológico de displasia leve cervical por infección del virus del papiloma humano. **Conclusiones:** El inicio de la vida sexual activa a corta edad, así como el tener múltiples compañeros sexuales, el tener un embarazo a corta edad y el hábito de tabaquismo en forma crónica son los factores indirectos para el desarrollo de la displasia leve cervical y que el tipo de virus del papiloma humano con que se infecten estas pacientes es el factor directo para generar el cáncer invasor. Es una enfermedad con historia natural de larga evolución, crónica, de transmisión sexual y de origen multifactorial.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, displasia leve cervical, colposcopia.

## Summary

**Material and methods:** A 100 feminine patients were studied with a report abnormal of the cytology cervico-vaginal. The interrogatory, Papanicolaou registry, Reid's colposcopic index and biopsy confirming the dysplasia. **Results:** Age was in mean 36.9 years, the initiation of sexual active life was 19.25 years. The number of partners was 2.57. The first pregnancy was at 20.82 years and the 45% of them were non-smokers. All of them had colposcopy which confirmed the presence of papiloma virus. **Conclusions:** The young initiation of sexual life and the fact of multiple partners were factors for developing cervical dysplasia as much the presence of papiloma virus. This is a chronic, long standing evolution, sexually transmitted and multifactorial disease.

**Key words:** Risk factor, cervical dysplasia, colposcopy.

## Introducción

Los cánceres escamosos o epidermoides del tracto genital: cérvix, vagina y la vulva son enfermedades de transmisión sexual, con graves consecuencias médicas, sociales, económicas y psicológicas en las mujeres ya que ellas desarrollarán con más frecuencia esta neoplasia en comparación con el varón, siendo un problema de salud pública nacional, ya que afecta al 85% de la población sexualmente activa. En nuestro país ocupa uno de los cinco primeros lugares de demanda de consulta en el primer nivel de atención médica y en grupos de edad entre los 15 a 44 años. El impacto de estas infecciones es magnificado por su potencial para facilitar su propagación con prácticas sexuales de riesgo y sin protección.<sup>1,2</sup>

El agente etiológico que se ha involucrado en la génesis del cáncer cervicouterino es el virus del papiloma humano y los cofactores asociados principales: como el tener múltiples compañeros sexuales y el tabaquismo, que interactuarán con epitelio de la zona de transformación que alterarán su estructura por el daño al DNA celular ocasionando la denominada displasia cervical, la cual es una lesión precursora temprana del cáncer cervicouterino, las alteraciones del epitelio meta-

plásico anormal han sido motivo de numerosas clasificaciones y terminologías. Una primera nomenclatura es la que se refiere a la displasia en sus diferentes grados: leve, moderada y severa y las otras (NIC I, II y III; LEIBG, LEIAG).

La displasia cervical se define como: Anomalia de desarrollo con pérdida de estructura del epitelio, con alteraciones en la morfología de sus componentes celulares. Este tipo de lesiones son asintomáticas en su gran mayoría y son precursoras al cáncer.

El Programa de Prevención y Control del Cáncer Cervicouterino, desarrollado en México por la Secretaría de Salud, informa que la edad promedio en que se detectan las displasias se ubica entre los 25 y 30 años en el caso de la leve, 30 y 35 años en la de la moderada y 40 y 50 años para el carcinoma *in situ* y el microinvasor entre los 45 y 50 años y el invasor de los 50 años en adelante.

Esta Norma Oficial plantea metas de cobertura para el año 2000 incrementar al 70% la detección temprana en mujeres de 25 años o más y tratar al 90% de los casos de displasias, y reducir al 30% los casos de cáncer cervicouterino invasor.<sup>2,3</sup>

## Resultados

El diagnóstico inicial de envío de estas 100 pacientes de su unidad primaria fue por reporte de una toma de citología

cervicovaginal anormal: Displasia leve en 58 pacientes (58%), con reporte de negativo en 20 pacientes (20%), infección por virus del papiloma humano en 18 pacientes (18%) y displasia moderada en 4 pacientes (4%).

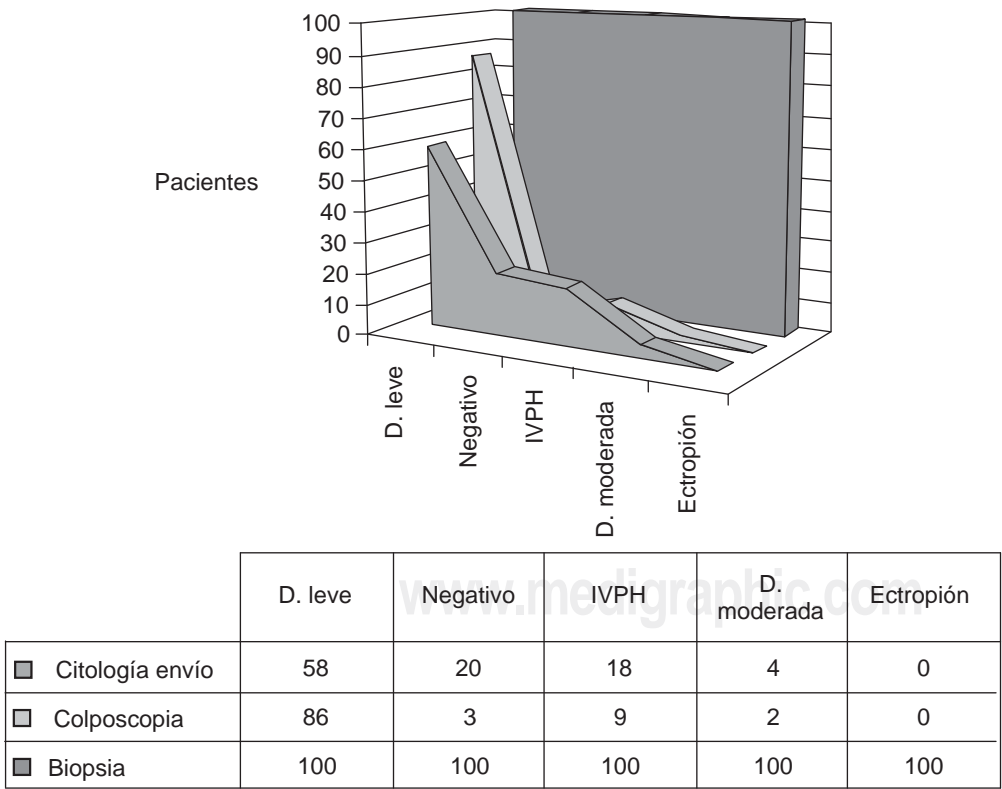
El diagnóstico colposcópico fue realizado en todas las pacientes utilizando el sistema de valoración con puntaje del índice de Reid, fue de displasia leve en 86 pacientes (86%); infección por virus del papiloma humano en 9 casos (9%); ectropión cervical en 3 casos (3%) y displasia moderada en dos casos (2%). El diagnóstico definitivo fue por biopsia cervical dirigida por colposcopia confirmándose en 100 (100%) de las pacientes por reporte de histología de displasia leve cervical (figura 1).

La edad promedio de las pacientes fue de 36.94 años con un rango de 20 a 66 años.

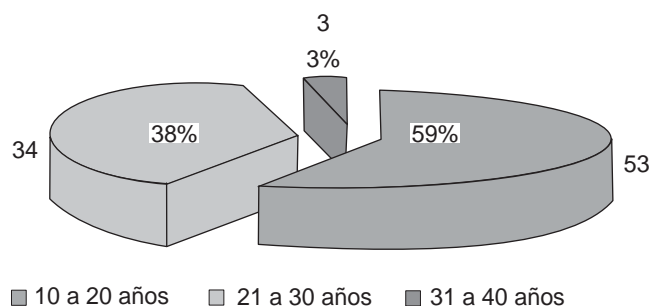
El inicio de la vida sexual fue en promedio a los 19.25 años con  $\pm$  DE 3.9 y con un rango de 11 a 30 años.

El número de parejas sexuales que tuvieron estas pacientes fue en promedio de 2.57 con  $\pm$  DE de 2.4 y con un rango de 1 a 20 y con un tiempo promedio de vida sexual activa de 17.82 años  $\pm$  DE 9, con un rango de 1 a 52 años.

La edad en que se presentó el primer embarazo fue en promedio de 20.82 años  $\pm$  DE 4, con rango de 11 a los 40 años, siendo más frecuente entre los 10 a 20 años (figura 2).



**Figura 1.** Diagnóstico citocolpohistológico.



**Figura 2.** Edad del primer embarazo.

Las gestaciones fueron de: G: 0 = 10; G: 1 = 26; G: 2 a 5 = 59; G: 6 a 10 = 3 G: 11 a 15 = 2.

Se embarazaron 90 pacientes (90%), siendo 10 pacientes nuligestas (10%).

Las que tuvieron parto vaginal fue en 67 pacientes, de las cuales fueron: 25 primíparas, 24 secundigestas; 10 trigestas y 8 grandes múltiparas.

En cuanto a pacientes con cesáreas fueron un total de 37, de las cuales se les realizó una cesárea a 20 pacientes, en 14 pacientes se les realizó dos cesáreas y en 2 pacientes se les realizó 3 cesáreas y en 1 se le realizó 4 cesáreas.

Un total de 27 pacientes tuvieron aborto siendo con 1 aborto en 18 pacientes, 2 en 6 pacientes y con 3 abortos en tres pacientes.

El tabaquismo: No fumadoras fueron 55 (55%) y las fumadoras fueron 45 (45%), de las cuales tuvieron un promedio del hábito en 19.7 años con  $\pm$  DE 4.6.

El diagnóstico llevado a cabo en todas las pacientes fue realizado por colposcopia con biopsia dirigida, confirmandose el diagnóstico definitivo por reporte histológico de displasia leve cervical por infección del virus del papiloma humano.

La toma del Papanicolaou identificará en forma precoz las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino, el cual se ve complementado con el estudio de la colposcopia.

El 57% de las mujeres inicia su vida sexual a muy corta edad entre los 16 a 20 años, lo cual influye en forma directa para el desarrollo de la displasia leve debido a que el epitelio cervical es aún muy inestable debido al influjo hormonal, al trauma del coito y la posibilidad de tener en su vida futura múltiples compañeros sexuales.

El tener múltiples compañeros sexuales está relacionado en forma directa en la adquisición de la infección por virus del papiloma humano y es directamente proporcional al desarrollo de la displasia cervical, concluyéndose aquí que es una enfermedad de transmisión sexual.

Un embarazo a corta edad es propiciado por la vida sexual en forma precoz, lo cual causará un trauma cervical directo si el nacimiento es por vía vaginal y debido a un influjo

hormonal mayor en el embarazo será condicionante para el desarrollo de la displasia cervical.

El hábito de fumar a menor edad tiene un efecto nocivo en las secreciones vaginales, sobre todo en el epitelio mucíparo del canal endocervical en donde es el reservorio del virus del papiloma humano y el tiempo de continuar con el hábito en forma crónica no parece estar relacionado en forma directa con la evolución más precoz en la transformación maligna celular en la displasia cervical.

## Comentario y conclusiones

En México, los informes del Registro Histopatológico de Neoplasias demuestran que la incidencia del cáncer cervicouterino invasor en el año 2000 fue de 9,801 casos, de un total de 91,913 neoplasias malignas, cifra que lo sitúa en primer lugar entre los cánceres en la mujer (20.1%) y que le permite ocupar 69.7% de los cánceres del conducto genital femenino.<sup>3</sup>

El virus del papiloma humano es el agente etiológico vinculado con el desarrollo del cáncer cervicouterino; se han descrito más de 100 tipos y 40 de ellos pueden infectar la vía genital y 15 de ellos se han catalogado como de alto riesgo para el desarrollo del cáncer del cuello uterino. El tipo 16 es el responsable del 50% de las lesiones acetoblanas diagnosticadas en pacientes de riesgo que acuden a evaluación en clínicas de displasias.<sup>15,17</sup>

En el 25% de las mujeres mexicanas con cáncer uterino se ha identificado al VPH 16 de alto riesgo que tiene una variedad llamada asiático americana (VPH 16 AA), considerada nueve veces más oncogénica que la variante europea de este virus (VPH 16 E). El tipo VPH 16 AA-c es una variante del VPH 16 considerada como propia de la población mestiza mexicana. La infección por este tipo viral se ha relacionado en mujeres más jóvenes y con neoplasias más agresivas.<sup>16</sup>

La edad a la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y el tiempo de vida sexual con ellas y la paridad, son factores que influyen en forma directa para el inicio de la enfermedad y su persistencia el resto de sus vidas, ya que hasta el momento no hay un tratamiento para erradicar totalmente al virus.

Las pacientes que sólo mencionan tener un solo compañero sexual, es posible que el comportamiento promiscuo del compañero varón sea el causante de la infección, ya que se ha mencionado que él es un portador asintomático y no desarrolla la enfermedad, ya que son epitelios diferentes, así como el estado hormonal y la anatomía juegan un papel importante, pero no todas las mujeres infectadas con este VPH llegan a padecer la enfermedad, lo que indica que se requieren otros factores para que se inicie la carcinogénesis y la manifestación del padecimiento, por lo que la causa se considera multifactorial.<sup>10,11,18</sup>

Algunos estudios reportan regresión de la displasia hasta en un 60-70% en forma espontánea, pero el tratamiento debe ser llevado a cabo ya sea con crioterapia, electrocirugía, conización en frío o cilindrización láser una vez diagnosticado, ya que con esto lograremos diseminar la transmisión del VPH en prácticas sexuales de riesgo, ya que son mujeres jóvenes, reducir la carga viral en el cérvix por destrucción y evitar el foco de infección y reservorio del virus del papiloma humano.

Con estos datos se afirma que es una enfermedad de transmisión sexual y que el inicio en la vida sexual a edad temprana y el tiempo en años de vida sexual activa son variables independientes, pero tienen impacto en el cérvix inmaduro y posiblemente mediado por el influjo hormonal, que no parecen guardar relación directa en la evolución de la enfermedad.

Las medidas en salud pública deberán tener disposiciones de mayor difusión en las que la estrategia a llevar es involucrar al sector social para evitar las relaciones sexuales sin protección y de alto riesgo, la toma anual de la citología cervicovaginal (Papanicolaou) como el primer estudio en el diagnóstico de las infecciones y lesiones tempranas, ya que ésta es una enfermedad silenciosa en su inicio, pero con el paso del tiempo y estos factores involucrados y las variedades especiales de virus encontrados en nuestra población generarán el cáncer invasor.

## Referencias

1. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002 Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual; 11 de Mayo de 2001.
2. Secretaría de Salud México. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 Para la Prevención, Tratamiento y Control del Cáncer del Cuello del Útero y Mamario en la atención primaria, para quedar como NOM-014-SSA2-1994 Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. 02 de Marzo de 1998: 19-19.
3. Dirección General de Estadísticas, Secretaría de Salud (DGE-SSA México). Estadísticas sobre tumores malignos en México. Salud Pública Méx 1997; 39: 388-93.
4. Genital human papillomavirus infections ACOG. Int J Gynecol Obstet 1994; 46: 339-346.
5. Cervical cytology screening ACOG. Int J Gynecol Obstet 2003; 83: 237-247.
6. Wright TC, Cox T, Massad LS, Carlson J, Twiggs LB, Wilkinson EJ. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical intraepithelial neoplasia. Am J Obstet Gynecol 2003; 189: 295-304.
7. Wang SS, Samet JM. Tobacco smoking and cancer: The promise of molecular epidemiology. Salud Pública Méx 1997; 39: 331-345.
8. Tirado GLL, Mohar BA, López CM, García CA, Franco MF, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. Salud Pública Méx 2005; 47: 342-350.
9. Guillado A. Cervical carcinogenesis: The role of co-factors and generation of reactive oxygen species. Salud Pública Méx 2003; 45: 354-360.
10. Yasmeen S, Romano PS, Pettinger M, Johnson SR, Hubbell FA, Lane DS, Hendrix SL. Incidence of cervical cytological abnormalities with aging in the women's health initiative. Obstet Gynecol 2006; 108: 410-424.
11. Irwin K, Montañó D, Kasprzyk D, Carlin L, Freeman C, Barnes R et al. Cervical cancer screening, abnormal cytology management, and counseling practices in the United States. Obstet Gynecol 2006; 108: 397-409.
12. Zamora PA, Terrés SA. Infección por virus del papiloma humano en mujeres y hombres mexicanos. Revista Mexicana de Patología Clínica 1998; 45: 9-17.
13. Zarama MFA, Amancio CHO, Buitrón GR, Oropeza RG, Magaña CG. Factores de riesgo para cáncer de cérvix. Ginec Obstet Mex 2003; 71: 112-117.
14. Harris TG, Kulasingam SL, Kiviat NB, Mao C, Agoff SN, Fang Q, Koutsky LA. Cigarette smoking, oncogenic human papillomavirus, Ki-67 antigen, and cervical intraepithelial neoplasia. Am J Epidemiol 2004; 159: 834-842.
15. González SJL, Chávez BJ, Hernández HDM, Martínez SS, García CA. Infección por virus del papiloma humano de alto y bajo riesgo en mujeres con NIC. Características diferenciales. Ginec Obstet Mex 2002: 11-16.
16. Torres LA, Rojo HG, Torres RA, Hurtado EG, Román BE. Cáncer del cuello uterino. Panorama actual de su epidemiología y de sus factores de riesgo. Ginec Obstet Mex 2004; 72: 466-474.
17. Berumen J, Ordoñez RM, Salmeron J, Lazcano E, Galvan S, Estrada RA et al. Asian-American variants of human papillomavirus 16 and risk for cervical cancer; a case control study. J Natl Ca Inst 2001; 93: 1325-30.
18. Stewart WB, Keihues P. Cancers of the female reproductive tract. World Cancer Report. Lyon: World Health Organization, IARC 2001; 3: 215-217.
19. Apgar BS, Brotzman GL, Spitzer M. Colposcopy: Principles and practice. 1º Edition. EUA. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 2002.

Disponible en versión completa en:  
**[www.medigraphic.com/fac-med](http://www.medigraphic.com/fac-med)**