

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS – LEÓN**



**INFECCIÓN POR PAPILOMA VIRUS HUMANO Y SU RELACIÓN
CON ENFERMEDAD CERVICAL PREMALIGNA EN MUJERES
EN EDAD SEXUALMENTE ACTIVA. DEPARTAMENTO DE
GINECOLOGÍA – OBSTETRICIA, HEODRA
JUNIO A NOVIEMBRE DEL 2003**

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO

Autor: *Kathia Irina Vargas Pineda*

Tutores: *Dra. Eliette Valladares Cardoza*

Médico Ginecoobstretra

Maestría en Salud Pública

Dr. José Leonidas Esquivel Silva

Médico Ginecoobstretra

“En la ciencia no existen caminos fáciles; solo puede triunfar y conquistar sus cimas luminosas el que no se arredra ni se cansa de trepar por sus senderos pedregosos”

Anónimo

DEDICATORIA

A DIOS

*Por su guía espiritual
en cada instante*

A MIS PADRES

*Por su amor y apoyo
Incondicional en todo
momento*

AGRADECIMIENTO

**A LOS PACIENTES
DE ESTE ESTUDIO**

*Que constituyeron el eje principal
de la investigación*

**A MIS TUTORES DRA. ELIETTE
VALLADARES CARDOZA Y DR. JOSÉ
ESQUIVEL SILVA**

*Por su constante apoyo y tiempo
dedicado a este trabajo*

**AL DR. JULIO SALAMANCA
MADRIZ**

*Por su aporte en el análisis de los
Exámenes histopatológicos realizados*

**A TODAS AQUELLAS PERSONAS
QUE DE UNA U OTRA FORMA
APORTARON DESINTERESADAMENTE
SU GRANITO DE ARENA PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTE ESTUDIO**

OPINIÓN DEL CATEDRÁTICO GUIA

El Virus de Papiloma Humano (VPH), se ha comenzando a reportar desde hace algunos años y por sus características citológicas y aislamiento del virus en medios y cultivos especiales, han dado a la Ginecología y Citopatología gran importancia en su detección temprana y relacionarla con enfermedad premaligna en mujeres sexualmente activas; que es el estudio de investigación de nuestra aspirante al Título Médico y Cirujano, Kathia Vargas Pineda, expresando una serie de resultados; que son de gran interés para el Médico General de Atención Primaria en Salud APS, y la base para futuros estudios de investigación tanto de Médicos Generales, Especialidades en Ginecología y Patología.

Si bien es cierto en nuestro medio no se realice el aislamiento y cultivo del VPH, no descartamos que con el avance de la Ciencia y la Tecnología se haga en nuestro País en un futuro no muy lejano, y dar respuesta a una serie de interrogantes y tratamiento de las pacientes portadoras del VPH.

Por lo tanto someto a la consideración de Honorable Tribunal Examinador, los resultados, conclusiones y recomendaciones expresados por Kathia.

León, 25 de Noviembre de 2003

**Dr. José L. Esquivel S.
GINECO - OBSTETRA**

RESUMEN

El Virus del Papiloma Humano (HPV), es el agente responsable de la Condilomatosis Vulvovaginal, una de las Enfermedades de transmisión sexual mas comunes en el mundo. También se ha asociado a este virus la aparición de Enfermedades Cervicales Premalignas y Cáncer Cervico Uterino en forma importante, ocupando una de las primeras causas de mortalidad de la población femenina.

En el presente estudio se describió los hallazgos Histopatológicos y Colposcópicos de veinte pacientes con Condilomatosis Vulvovaginal con la finalidad de explorar la asociación de esta Enfermedad de Transmisión Sexual con la aparición de Enfermedad Cervical Premaligna o Maligna, así como los factores de riesgos asociados. El análisis de los resultados nos permitió observar que las pacientes son adultos jóvenes, con inicio precoz de su vida sexual y con aumento en el número de compañeros sexuales; los reporte Citológicos y Colposcópicos revelan la presencia de Displacias Cervicales Leves en un 25 a 30 % de la población estudiada.

INDICE

	Pág.
I INTRODUCCIÓN	1
II INTERROGANTE EXPLORATORIA	4
III OBJETIVOS	5
IV MARCO TEÓRICO	6
V DISEÑO METODOLÓGICO	18
V.1 Tipo de estudio	18
V.2 Población de estudio	18
V.3 Área de estudio	18
V.4 Procedimiento para la recolección de la información	18
V.5 Plan de análisis	19
V.6 Aspectos éticos	19
V.7 Operacionalización de variables	21
VI RESULTADOS	23
VII DISCUSIÓN	33
VIII CONCLUSIONES	37
IX RECOMENDACIONES	38
X BIBLIOGRAFÍA	39
XI ANEXOS	43
XI.1 Sistema de clasificación de Bethesda	44
XI.2 Ficha de recolección de datos	46
XI.3 Reporte de evaluación citológica	48
XI.4 Reporte de evaluación colposcópica	49
XI.5 Abreviaturas	51

INTRODUCCIÓN

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino han sido ampliamente estudiadas y discutidas desde la década de 1930 hasta la actualidad, desde entonces se han realizado múltiples abordajes en cuanto al concepto y clasificación de las lesiones cervicales intraepiteliales. (1)

Actualmente en numerosos países la infección por virus de papiloma humano (HPV), en forma de verrugas genitales clínicas, constituye la enfermedad de transmisión sexual más frecuente. En la década de los ochenta, los progresos en las técnicas de biología molecular permitieron descubrir que el HPV no era un virus individual, sino que existían más de setenta serotipos diferentes; posteriormente se estableció la naturaleza oncogénica de algunos de ellos, y hoy en día el aspecto más importante de la infección por HPV es la correlación de algunos de los serotipos de este virus (HPV oncogénico) con lesiones cervicales premalignas y malignas. (2,3)

La prevalencia del HPV en mujeres en edad reproductiva es del 20% al 46% en muchos países. El grupo etáreo más afectado es entre los 20 a 25 años de edad; y en estudios recientes se ha identificado que más del 14% de estas mujeres presentan HPV oncogénicos que desarrollan NIC y hasta cáncer cervical. (4)

En 1988 surgió la clasificación de Bethesda, cuya aportación principal es la propuesta del término “lesión” en vez de neoplasia, es decir, Lesión Intraepitelial Escamosa (LIE), dividiéndola en LIE de Bajo Grado y LIE de Alto Grado. La utilización del término lesión en vez de neoplasia, evita suponer que los SIL de Bajo Grado sean siempre verdaderamente Neoplasias, aún cuando muchas de estas lesiones representan posibles infecciones virales con un potencial oncogénico. (Anexo #1). (5)

En Nicaragua el cáncer de cuello uterino ocupa el primer lugar como causa de muerte de nuestra población femenina (58%); sin duda alguna existen múltiples factores de riesgo interdependientes entre sí, que aunados llevan al desarrollo de estas cifras escalofriantes. Esto trae como consecuencia importantes problemas a mediano y largo plazo, reflejándose en un aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad sobre todo de la población femenina más afectada, la población en edad reproductiva. Repercutiendo económicamente tanto a nivel familiar como del Ministerio de Salud. (6)

Este es un problema que puede ser resuelto a través de la detección selectiva y temprana de lesiones premalignas y por ende de su tratamiento oportuno. De ahí el interés de plantear un estudio que en nuestro medio y en nuestras condiciones, nos permita conocer si existe alguna asociación entre el antecedente de condilomatosis vulvovaginal con la patología cervical premaligna o maligna, pues aunque está reportado que los serotipos de HPV que provocan condilomatosis vulvovaginal no son realmente serotipos con alto riesgo para procesos cervicales premaligno o maligno, estos podrían aún estar representando algún nivel de riesgo. (7)

Dada la frecuencia con que se presenta la condilomatosis vulvovaginal en Nicaragua, y a que se han realizado pocos abordajes al respecto; es importante conocer cuál es el riesgo de desarrollar enfermedad cervical premaligna o maligna a partir del antecedente de condilomatosis vulvovaginal, lo cual nos permitirá aportar lo siguiente:

1. **Al Ministerio de Salud:** Mejorar las estrategias en los centros de atención primaria, para captar las mujeres con condilomatosis y hacer seguimientos para la detección selectiva y temprana de las lesiones preinvasoras en estas mujeres.

2. **A la Facultad de Ciencias Médicas:** Destacar la importancia de la educación a la población, dentro del currículum de la carrera de Medicina; y para el desarrollo de investigaciones científicas posteriores.

3. **A la población femenina:** Para que ésta sea conciente de la importancia de la condilomatosis como enfermedad de transmisión sexual, de su prevención a través del uso de métodos de barrera y del seguimiento de que deben de ser objeto en caso de haber padecido esta ETS, para poder prevenir enfermedad cervical premaligna o maligna.

INTERROGANTE EXPLORATORIA

¿Existe en nuestro medio asociación entre antecedentes de condilomatosis vulvovaginal y enfermedad cervical premaligna o maligna ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Describir la relación entre antecedente de condilomatosis vulvovaginal y el desarrollo de enfermedad cervical premaligna o maligna. Departamento de Ginecología y Obstetricia, HEODRA, Junio a Noviembre de 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Describir las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de la población estudiada.
2. Describir la presencia en la población de estudio, de factores descritos por la literatura en asociación al desarrollo de enfermedad cervical premaligna y maligna.
3. Conocer los resultados de los estudios citológicos y colposcópicos, de las pacientes incluidas en la investigación.

MARCO TEÓRICO

El virus de papiloma humano (HPV), se considera un virus antiguo; pertenece a los virus Papova o viridae, un gran grupo de virus DNA que producen lesiones de crecimiento verrucoso, papilomatoso e hiperplásico en los genitales externos y en la región perianal que caracteriza a los condilomas. (7)

ETIOLOGÍA:

Los HPV son virus de pequeño diámetro con una disposición icosaédrica de las proteínas de la cápside, son exclusivamente epiteliotrópicos y específicos de cada huésped. Sus características son:

1. Virus DNA
2. Sin envoltura
3. Cápside icosaédrica
4. Diámetro 55nm,
5. Genoma 7500-8000 pares de bases
6. Muy específicos de cada huésped
7. Resistente a solventes orgánicos y al calor (56°C)
8. No cultivables
9. Replicación en queratinocitos diferenciados

Según su asociación clínica, el HPV puede clasificarse en los siguientes tipos:

- Mucosos
- Cutáneos
- Cutáneos/asociados a epidermodisplasia verruciforme
- Cutáneos y/o mucosos

En el tracto genital se han identificado 34 serotipos de HPV. Los Papilomavirus que afectan el tejido anogenital forman un grupo denominado "Papilomavirus anogenital". Los tipos 6 y 11 (virus de bajo riesgo) se asocian con verrugas genitales exofíticas benignas de la vulva, vagina y área perianal. Los tipos 16, 18, 45 y 56

denominados de “alto riesgo”, así como el 31, 33, 35, 39, 51, 52, 58, 59, 66 y 68 denominados de “riesgo intermedio”, se asocian con lesiones planas que reaccionan al ácido acético y pueden observarse mediante colposcopio; todos estos virus pueden detectarse en casos de NIC de grado elevado, así como en más de 93% de los carcinomas invasores cervicales. (1, 2, 3, 8)

FORMAS DE PRESENTACIÓN:

La infección por HPV del tracto genital inferior puede presentarse en las siguientes formas:

1. **Clínica (condiloma acuminado):** Las imágenes clínicas son apreciables a simple vista y consisten en verrugas genitales, tumoraciones únicas o múltiples de escaso tamaño con características papilares o asperezas y epitelio superficial queratósico. Aparecen especialmente en áreas lampiñas; por consiguiente las localizaciones más frecuentes son los labios menores y el vestíbulo en las mujeres, el glande, prepucio o surco coronal en los varones, y las regiones perianal y perineal en ambos sexos. En las áreas pilosas, las verrugas genitales son más queratósicas. Las lesiones pueden aumentar con el paso del tiempo, pero tienden a autolimitarse. La infección clínica del cuello uterino es poco frecuente.



2. **Subclínica:** Las características sólo se identifican con ayuda de una solución de ácido acético y colposcopía u otra forma de aumento. La infección subclínica y clínica sólo difieren en grado.

3. **Latente:** Esta sólo es demostrable por medio de prueba de hibridación HPV-DNA, ya que el resultado histológico, la colposcopía y la clínica son aparentemente normales. A demás constituye una peculiaridad biológica insólita del HPV; por la existencia de virus en el área adyacente a la tratada, lo cual genera una alta frecuencia de recidivas y la dificultad para distinguir entre persistencia y reinfección. Se desconoce el intervalo de tiempo necesario para que una infección latente

progrese hasta alcanzar una forma subclínica o clínica, pero se sabe que la inmunosupresión puede activar infecciones latentes. (9)

PATOGENIA:

La vía sexual es el modo de infección más frecuente. Pueden influir una serie de factores: La relativa infectividad de la fuente, los parámetros inmunes de la pareja expuesta, la frecuencia del coito y el número de parejas sexuales.

En teoría, cuanto mayor es el número de partículas virales, mayor es la tasa de diseminación viral y, por consiguiente, mayor el riesgo de infección por HPV. En consecuencia la infección clínica es más contagiosa que la subclínica.

Se describen tres estadios en la patogenia:

A. **Infección:** Se produce por contacto sexual directo. A partir de fragmentos de tejido infectado, los viriones de HPV pueden penetrar en localizaciones de traumatismos microscópicos experimentados durante el coito. Por consiguiente La topografía de las lesiones corresponden exactamente a los lugares más propensos a traumatismos, es decir, la zona de transformación cervical, las caras internas de los labios menores y el vestíbulo. Los viriones de HPV penetran en la capa basal, eliminan su core externo y permiten que el genoma viral atraviese la membrana celular. El genoma es transportado hasta el núcleo, donde provoca una infección episómica. La infección que se produce a consecuencia de la liberación de virus infecciosos tiene lugar en el epitelio escamoso diferenciado terminal.

B. **Incubación:** La replicación del HPV en el interior de las células produce múltiples copias del genoma viral, que infectan de forma cruzada las células vecinas. Por lo tanto, grandes áreas de epitelio anogenital pueden hallarse colonizadas por una infección latente por HPV.

C. **Expresión activa:** La infección puede permanecer silente (es decir en fase latente) en las células basales. Según la interacción entre la tolerancia celular, el tipo viral y la susceptibilidad del huésped, la infección latente por HPV puede volverse

productiva progresando hasta alcanzar una expresión viral activa caracterizada por proliferación epitelial (acantosis) y capilar. En caso de proliferación vascular extensa, las proyecciones estromales se vuelven apreciables a simple vista en forma de condilomas clínicos. (1,10)

Si el desarrollo capilar es insuficiente, las lesiones siguen siendo subclínicas y sólo se identifican colposcópicamente después de la aplicación de una solución de ácido acético al 5%.

Sin embargo no se sabe en qué casos ni en qué momentos una infección latente por HPV progresará hasta alcanzar forma subclínica o clínica.

VIAS DE DISEMINACIÓN:

- Sexual
- Fomites (vía familiar)
- Fomites (vía nosocomial)
- Intraparto
- Periparto

RESPUESTA DEL HUÉSPED:

La inmunosupresión es importante en la génesis de la infección por HPV y la NIC asociada.

Lo siguiente respalda la importancia del déficit inmunológico por HPV: En pacientes con transplantes renal tratados con inmunosupresores se pone de manifiesto una elevada incidencia de infección genital por HPV y NIC, los pacientes con linfoma Hodgkin y no Hodgkin, u otras neoplasias presentan mayor riesgo de infección por HPV; las verrugas genitales aumentan durante el embarazo, que constituye un intervalo de inmunosupresión. (11,12)

DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico se establece por citología, colposcopia e histología mediante la demostración de cambios atribuibles directamente al virus. Se emplean técnicas como la inmunohistoquímica, microscopía electrónica y análisis del DNA del HPV, que pueden poner de manifiesto la presencia del virus. (9)

- **Citología:** Los cambios celulares, producidos a consecuencia del efecto citopático viral, consisten en coilocitosis, disqueratinocitosis y bi o multinucleación. La coilocitosis constituye la imagen más característica, y suele ser patognomónica de infección por HPV. Los coilocitos, que en griego significa “hueco”, son células epiteliales superficiales caracterizadas por engrosamiento nuclear, pliegue de la membrana nuclear, cromatina nuclear hiper cromática y vacuolización del citoplasma; se trata de células que han sido lesionadas por el virus pero que todavía siguen vivas y son infecciosas. La “atípi a coilocítica es una manifestación de notable displasia, posiblemente de origen viral, que también puede transformarse en un carcinoma insitu”.

- **Histología:** La coilocitosis del tercio superior del epitelio se considera patognomónico de infección por HPV; sin embargo, como norma para el diagnóstico deben estar presentes como mínimo dos características histológicas: Coilocitosis, acantosis, disqueratosis, bi y multinucleación, paraqueratosis, hiperqueratosis e hiperplasia epitelial parabasal. (3,13)

Se han descrito cuatro formas histológicas de infección por HPV: Condiloma plano, en espícula, invertido y acuminado.

La infección por HPV puede asociarse con NIC. Histológicamente pueden identificarse tres situaciones diferentes:

1. NIC con prueba de infección por HPV
2. Áreas contiguas de NIC e infección por HPV
3. NIC con pruebas de infección por HPV y un área contigua de infección únicamente por HPV.

• **Inmunohistoquímica:** Aproximadamente el 50% de los condilomas son inmunoreactivos a los anticuerpos disponibles comercialmente frente a la proteína de la cápside Papilomavirus, antígeno compartido por todos los Papilomavirus. Este al igual que la microscopía electrónica presentan limitaciones químicas debido a su falta de sensibilidad. (14)

• **Colposcopia:** El HPV provoca lesiones de aspecto diferente según su localización en el tracto genital. La colposcopia constituye un procedimiento indispensable para el diagnóstico de infección subclínica por HPV del cuello uterino, así como de la vulva, la vagina y el pene. Los patrones colposcópicos son:

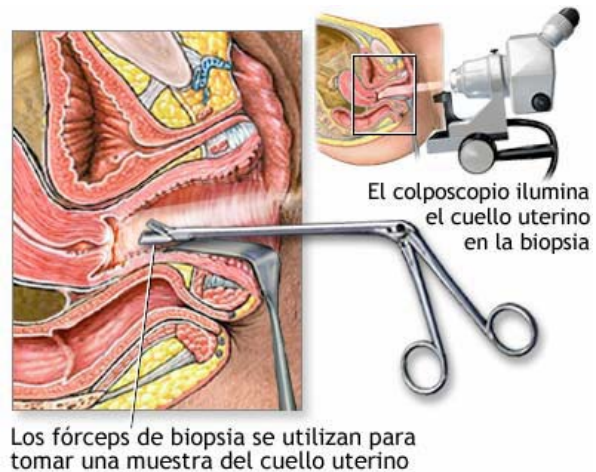
1. **Áreas Blancas:** Constituyen múltiples formaciones pequeñas, redondeadas y lisas, reactivas al ácido acético; son por encima del epitelio y distribuidas en campos. Pueden encontrarse en el epitelio escamoso originario pero normalmente se hallan dentro de los límites de la ZT. El patrón aparece después de una observación prolongada tras la exposición a una solución de ácido acético al 5%.
2. **Tipo Mosaico:** Se trata de un área claramente definida de tamaño y forma variable, ligeramente sobreelevada por encima del epitelio cervical. Es de color blanco y presenta numerosas y pequeñas áreas poligonales de campos ovals, separados por márgenes eritematosos finos por los que discurren capilares no dilatados. La captación de yodo es parcialmente positiva.
3. **Tipo Florido:** Se trata de una combinación de características papilomatosos y de tipo leucoplasia o bien de tipo microfloridos y micropapilar.
4. **Tipo Papilomatoso:** No es frecuente. Aparece como una tumoración única (rara vez múltiple), que reacciona al ácido acético; es redondeada y se halla sobreelevada en el ectocérvix; se pueden observar asas capilares de la aplicación de ácido acético.
5. **Tipo Leucoplasia:** se trata de un área blanca queratósica y acetoreactiva, que se halla sobreelevada por encima del epitelio normal, sin vasos evidentes. La prueba de Schiller resulta negativa. (1,15)

COLPOSCOPIA

El primer autor que desarrolló la colposcopia como método para el diagnóstico de pequeños cánceres invasivos fue Hinselmann a principio de los años veinte en Alemania. Hinselmann describió un espectro completo de cambios superficiales del epitelio escamoso del cuello uterino que denominó "epitelio atípico". Algunos de ellos corresponden a los que actualmente se denominan displasia.

En la actualidad la colposcopia constituye un método aceptado universalmente para el estudio de la fisiología y patología del tracto genital inferior, en especial, un procedimiento útil no sólo para diagnosticar cualquier lesión invasiva o precancerosa precoz sino también para determinar su localización, tamaño y extensión. Así como no sólo

permite prever la lesión histológica subyacente cuando se identifica un frotis de papanicolaou anómalo, sino que también resulta de un gran valor para la selección del tratamiento más adecuado (método de diagnóstico del 85% de sensibilidad). (4,16)



INSTRUMENTO: El colposcopio moderno consta de un microscopio binocular estereoscópico con una potente fuente de luz y un aumento variable (6-40 diámetros). Está provisto de un filtro verde que resulta útil para poner de relieve el patrón vascular. El aumento más pequeño (x10 es el más adecuado para uso rutinario), proporciona una visión de todo el cuello uterino; el mayor aumento es necesario para una evaluación en detalle.

TÉCNICA: La colposcopia consiste en la inspección después de:

- Aplicación de suero fisiológico.
- Solución de ácido acético



SUERO FISIOLÓGICO: Este destacará la visualización directa del patrón vascular del cuello uterino, especialmente mediante un filtro verde y un gran aumento. Después de eliminar el moco con una torunda de algodón, el cuello uterino se irriga con una solución de suero fisiológico. Esto contribuye a destacar la angioarquitectura subepitelial. Mediante el filtro verde y un aumento x25, los capilares sobresalen claramente y se muestran más oscuros, al tiempo que se acentúan el patrón capilar y las distancias intercapilares.

PRUEBA DEL ÁCIDO ACÉTICO: Es fundamental en colposcopia. Se emplea una solución acuosa de ácido acético al 3-5%. Esto elimina el moco y los detritos celulares, y provoca contracción vascular y edema de las papilas, dando origen al característico aspecto pálido, similar a un racimo de uvas, del epitelio columnar normal. Cuando estos cambios se extienden hasta el epitelio metaplásico y displásico, provoca un aspecto opaco y blanquecino. Los cambios del epitelio columnar se verifican precozmente (al cabo de 30 segundos), pero son más transitorios. Los cambios al ácido acético que delimitan la zona de transformación atípica (ZTA) requieren más tiempo para resultar evidentes; a menudo es preciso un baño repetido de ácido acético para mantener estas características. Lo mismo ocurre en caso de infección subclínica por virus de papiloma humano (HPV).

El principal efecto del ácido acético consiste en una coagulación transitoria de las proteínas citoplásmicas del epitelio escamoso, que más tarde reflejará la potente fuente de luz adquiriendo el aspecto de una opacidad blanquecina. Los patrones anómalos característicos del tejido que reaccionan con color blanco al ácido acético son provocados por la vasculatura anómala subyacente del epitelio atípico (asas y

redes capilares). Es preciso diferenciar el aspecto blanquecino de la ZTA de la leucoplasia, esto es la presencia de epitelio de color blanco incluso antes de la aplicación de ácido acético. (1)

PATRONES COLPOSCÓPICOS BÁSICOS

- **VELLOSIDAD:** Constituye la unidad fundamental del epitelio columnar. Es ligeramente reactiva al ácido acético, pero no al yodo.
- **ORIFICIO GLANDULAR:** En el proceso metaplásico fisiológico normal de sustitución del epitelio columnar, las lenguas de nuevo epitelio escamoso confluyen y forman orificios glandulares o criptas, a través de los cuales pueden observarse las papilas del epitelio glandular.
- **QUISTE:** Cuando los islotes del epitelio columnar quedan recubiertos por epitelio escamoso y continúa la actividad secretora del moco, pueden desarrollarse quistes de Naboth de tamaño variable. El epitelio que los recubre, que no suele captar la tinción con yodo, a menudo muestra una red vascular regular con vasos dilatados pero no atípicos.
- **PLACA O TUMORACIÓN:** Son placas redondeadas, ovals o poligonales circunscritas por tabiques de tejido conectivo vascular, constituye la imagen elemental del patrón en “mosaico”. Pueden ser planas o prominentes; reaccionan al ácido acético pero no al yodo.
- **PAPILA:** Pequeña proyección con un vértice de color rojo, producido por un vaso prominente en la superficie epitelial; son reactivas al ácido acético pero no al yodo.

- **ASPEREZAS (proyecciones):** Reaccionan intensamente a la solución de ácido acético pero sólo de forma parcial a la captación de yodo. Pueden ser únicas o múltiples, y constituyen la imagen elemental de la infección condilomatosa por HPV.

- **PLACA:** Es un área conglomerada de finos puntos en cabeza de alfiler ligeramente sobreelevada, reactiva al ácido acético y con mala captación del yodo. Constituye el aspecto básico de la colpitis. También se asocia a infección por HPV (colpitis blanca).

- **PUNTO:** Es un área rojiza de hiperemia vascular, que representa asas capilares verticales visibles sin preparación específica de solución de ácido acético y con captación de yodo en placa. Imagen básica de colpitis (colpitis roja).

- **PETEQUIA:** Área subepitelial diferenciada y sobreelevada, de color rojo pardusco, redondeada y sin reacción específica del ácido acético es característica de la distrofia.

- **VASO:** La irrigación con suero fisiológico y la observación mediante el filtro verde hacen que los vasos del cuello uterino sean más prominentes, con ácido acético son menos visibles, pero destaca cualquier epitelio atípico, el lugol hace desaparecer el aspecto vascular.

- **EROSIÓN:** Es un área circunscrita y desprovista de epitelio escamosa que no es reactiva al ácido acético y al yodo.

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN COLPOSCÓPICA:

- Se realiza una inspección clínica de los genitales externos
- Se introduce paralelamente al introito un espéculo bivalvo de tamaño apropiado según si la paciente es nulípara, multípara o menopáusica. Abriendo ampliamente las hojas, no sólo se visualiza el cuello uterino sino que se expone una extensión variable del conducto endocervical inferior.

- Inicialmente la valoración clínica debe valorar el aspecto general del cuello uterino, los fórnix vaginales, el carácter del moco cervical y la presencia de posibles secreciones vaginales. En este estadio es preciso llevar a cabo el frotis de Papanicolaou. Se examina el cuello con un pequeño aumento (x6 ó x10), eliminando el exceso de moco o sangre con una torunda de algodón humedecida en suero fisiológico; si se desea después puede llevarse a cabo una observación directa de la red capilar con filtro verde.

- El siguiente paso consiste en la exploración del cuello uterino después de la aplicación abundante de una solución de ácido acético mediante torundas de algodón.

- Después de la exploración del ectocérvix y la porción inferior expuesta del conducto endocervical, es preciso inspeccionar metódicamente los fórnix y las paredes vaginales mediante una nueva aplicación de ácido acético. El examen se facilita manipulando el cuello uterino con una torunda de algodón, y después sometiendo el espéculo a rotación progresiva y retirándolo sin cerrarlo, de modo que puedan visualizarse las paredes anterior, posterior y lateral de la vagina.

- Habitualmente como último paso de la exploración se lleva a cabo la prueba de yodo de Schiller, que oscurecerá los detalles morfológicos. (1,18)

FROTIS DE PAPANICOLAOU

Papanicolaou y Traut introdujeron por primera vez la técnica de citología en la clínica en 1943. Muestras celulares exfoliadas o desprendidas de la superficie del cuello uterino y de la vagina sirven como microbiopsias en las que el patólogo estudia los procesos múltiples de salud y enfermedad. Aunque proviene de la superficie de órganos como el cuello uterino estas muestras reflejan con precisión procesos más profundos.

TÉCNICA: Se describen muchas técnicas diferentes para obtener especímenes citológicos; no obstante sin importar el procedimiento utilizado se deben tener en mente los siguientes principios:

1. La técnica de muestreo debe ser óptima para la obtención de células que proporcionen la información más precisa en cuanto al trastorno en estudio.
2. El espécimen será fijado en forma inmediata y adecuada para permitir la mejor interpretación.
3. El patólogo estará informado de cualquier dato clínico o antecedentes y deben recalcar preocupaciones o interrogantes específicos.

Para la obtención de la muestra citológica del cuello uterino, la mujer debe:

- No haber tenido relaciones sexuales con penetración en los últimos tres días
- No haberse aplicado óvulos ni duchas vaginales 72 horas antes
- No estar menstruando

Posteriormente se procede a la realización del examen citológico:

- Se introduce paralelamente al introito un espéculo bivalvo, el cual sólo se humedecerá con poco de agua para facilitar su introducción.
- Se expone el cuello uterino y se retira cualquier secreción excesiva.
- Se introduce un cepillo citológico pequeño o un aplicador con punta de algodón humedecido en solución salina dentro del conducto endocervical y se gira para obtener una muestra del endocervix.
- A continuación se utiliza el extremo modificado de una espátula de madera para rallar el cuello uterino girándolo 360°.
- Una vez obtenidas las muestras, se extienden rápido sobre una laminilla de vidrio y se fijan de inmediato en alcohol etílico al 95%.
- Una vez fijado el frotis puede secarse para envío al laboratorio de citología. (6,19)

DISEÑO METODOLÓGICO

1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio descriptivo y prospectivo, de serie de casos. (20)

2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Todas las pacientes femeninas que egresaron del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales del 1º de Junio al 31 de Diciembre de 2002, y que uno de sus diagnósticos de egreso era condilomatosis genital. El estudio se llevó a cabo en el período comprendido entre Junio y Noviembre de 2003.

3. ÁREA DE ESTUDIO:

El estudio fue llevado a cabo en el municipio de León, departamento de León. Las pacientes eran egresadas del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales ubicado en el Departamento de León, e institución de referencia regional, consta de los siguientes servicios: Alto Riesgo Obstétrico I, Alto Riesgo Obstétrico II, Unidad Materno Infantil, Ginecología, Oncología. Este último servicio cuenta a penas con 4 camas, número muy debajo de la demanda.

4. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

4.1 **Fuente de datos:** La fuente de recolección de datos fue primaria.

4.2 **Método:** Observación y encuesta, entrevistas, colposcopia y citología.

4.3 **Técnica e instrumento para la recolección de la información:** Primero se procedió a ubicar en la oficina de registro del Departamento de Estadística del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), de León, a todas aquellas pacientes que habían sido dadas de alta en el período comprendido entre el

1º de Junio y el 31 de Diciembre de 2002, y que tenían entre su diagnósticos de egresos condilomatosis vulvovaginal o genital. Se obtuvo sus nombres y direcciones, y se procedió a visitarlas en sus domicilios. Se les explicó detalladamente los objetivos del estudio, los procedimientos que éste implicaba y se les solicitó la firma de su consentimiento de participación.

Una vez que las pacientes aceptaron participar en el estudio, se procedió a realizar entrevista directa a través de la aplicación de una ficha epidemiológica previamente probada, y que contendría preguntas sobre características sociodemográficas, historia obstétrica y factores conocidos en asociación a lesiones cervicales premalignas y malignas. Posteriormente se procedió a darles una cita a una clínica privada en donde se les tomó muestra para estudio citológico. Una vez obtenido el resultado del estudio citológico se procedió a realizar colposcopia. Todos los estudios citológicos fueron tomados por la investigadora, y el total de las colposcopías fueron realizadas por la misma persona, especialista en ginecología y obstetricia, con diplomado en colposcopia. Las muestras citológicas e histológicas fueron procesadas en el Departamento de Patología del HEODRA por una misma persona, médico especialista en Patología.

5. PLAN DE ANÁLISIS

La información obtenida por los diferentes instrumentos fue introducida en base de datos computarizada y para su análisis se utilizó el programa SPSS. Se realizó un análisis univariado y bivariado de las diferentes variables de estudios. Los resultados son finalmente presentados en tablas y gráficos. (21, 22, 30, 31, 32)

6. ASPECTOS ÉTICOS

Todas las pacientes incluidas al estudio recibieron primero información sobre los objetivos de éste y sobre cada uno de los procedimientos que éste incluía y la razón para realizarlo. Se les explicó las ventajas de participar, y se les solicitó su consentimiento y su firma. Cada una de ellas fue evaluada citológica y colposcópicamente y los resultados de estos estudios se les entregaron de manera

inmediata, al igual que se les indicó la alternativa de tratamiento que cada una requería. El estudio también contempló consejería individual sobre la prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, los cuidados que ellas requerían en el futuro por su antecedente de condilomatosis, y la prevención de patología cervical premaligna y maligna.

7. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE (NOMBRE)	CONCEPTO Fuente de Información: PRIMARIA	ESCALAS Obtenidas a través de Interrogatorio y examen físico
DATOS GENERALES:		
Estado Civil	Si tiene pareja, situación legal de la pareja	-soltera -unión estable -viuda -divorciada
Edad	Edad en años	-menor de 20 años -21-30 años -31-40 años -41-50 años -mayor de 50 años
Escolaridad	Nivel de preparación académica	-Analfabeta -Alfabetizada -Primaria -Secundaria -Universitaria
Ocupación	Forma de trabajo en que se desempeña	-Profesional -Jornalero -Técnica -Doméstica -Ama de casa -Estudiante
ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:		
Nº de partos	Nº de partos Vag. o abd.	Nº exacto
Menarca	Edad de 1ª menstruación	Edad exacta
IVSA	Edad exacta de inicio de vida sexual	-menor de 14 años -14-19 años -20-29 años -mayor de 29 años

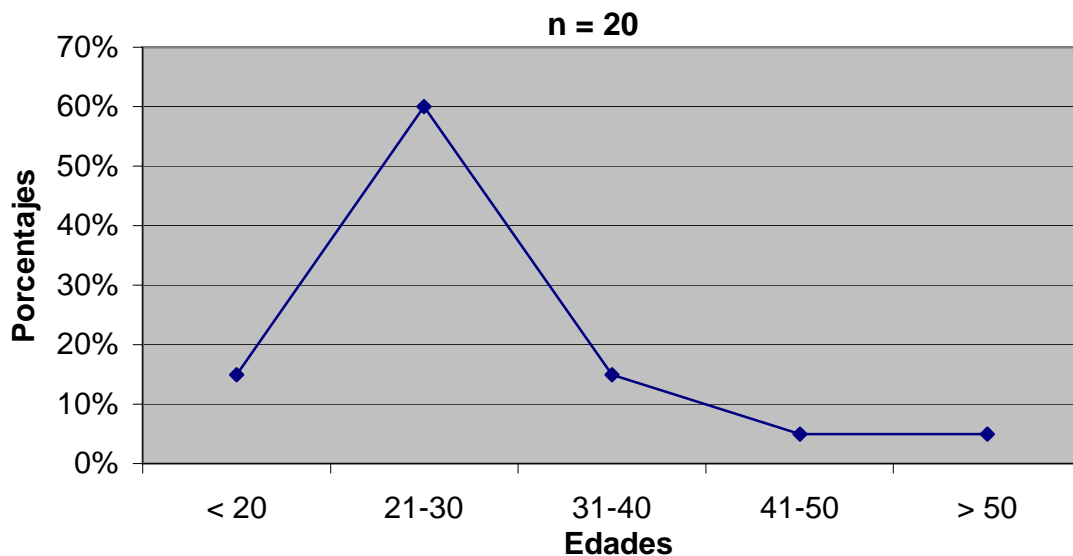
Nº Cros sexuales	Nº de Cros sexuales de la pareja	<ul style="list-style-type: none"> -Un compañero -2-4 -mayor de 4
Tipo de coito	Área de contacto con genital masculino	<ul style="list-style-type: none"> -Vaginal -Oral -Anal -Mixto
Método de planificación familiar	Método usado para evitar la gestación	<ul style="list-style-type: none"> -Gestágeno oral -Inyect. de 3 meses -Inyect. de 1 mes -De barrera -DIU -Ninguno
Antecedente de ETS	Enfs. de Transmisión sexual previas	<ul style="list-style-type: none"> -Sí -No
Papanicolaou anterior	Examen citológico previo	<ul style="list-style-type: none"> -Normal -Anormal
Reporte de evaluación citológica	Examen citológico actual	<ul style="list-style-type: none"> -Frotis -Negativo -Infección -Cambios celulares benignos reactivos -Cambios epiteliales anormales -Recomendaciones
Reporte de consulta colposcópica	Examen colposcópico actual	<ul style="list-style-type: none"> -Colposcopia satisfactoria -Observaciones normales -Observaciones anómalas -Colposcopia insatisfactoria

RESULTADOS

Se encontró que, del total de egresos del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello, en el período del 1º Junio al 31 de Diciembre de 2002, 20 pacientes tenían entre sus diagnósticos de egreso el de condilomatosis vulvovaginal.

El 60% de la población de estudio estaba en el grupo etáreo de 21 a 30 años de edad. Solamente el 15% eran menores de 20 años de edad.

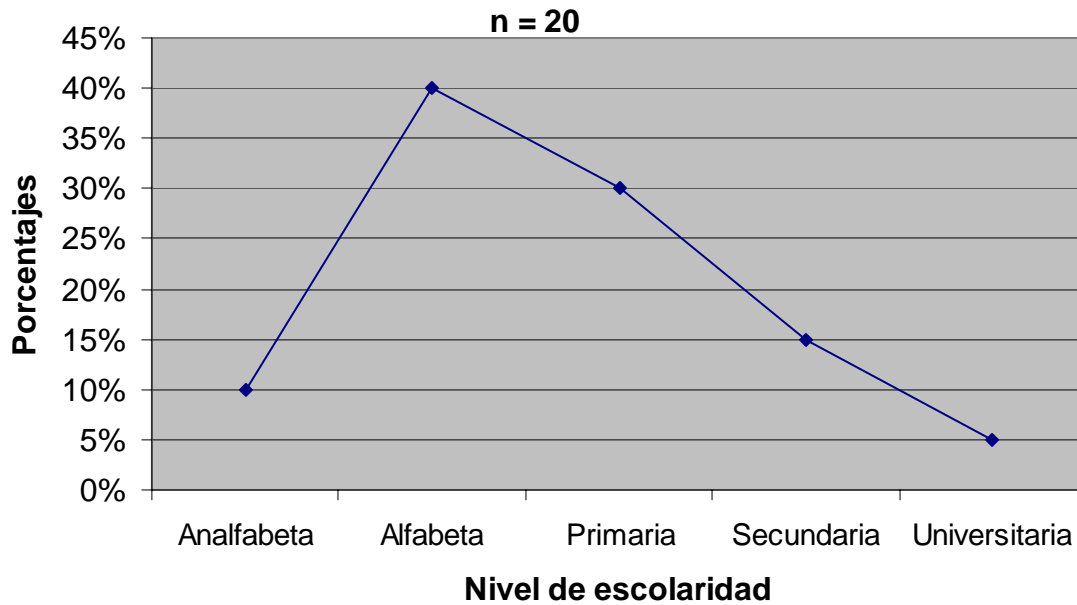
Gráfico No. 1: Distribución de edad de la población de estudio, expresada en porcentajes



Fuente de información: Primaria

En relación al nivel de escolaridad, se encontró que un 10% eran analfabetas, 40% habían sido solamente alfabetizadas, 30% habían alcanzado primaria, 15% un nivel de secundaria y sólo un 5% (1 paciente) tenía un nivel universitario, aún incompleto.

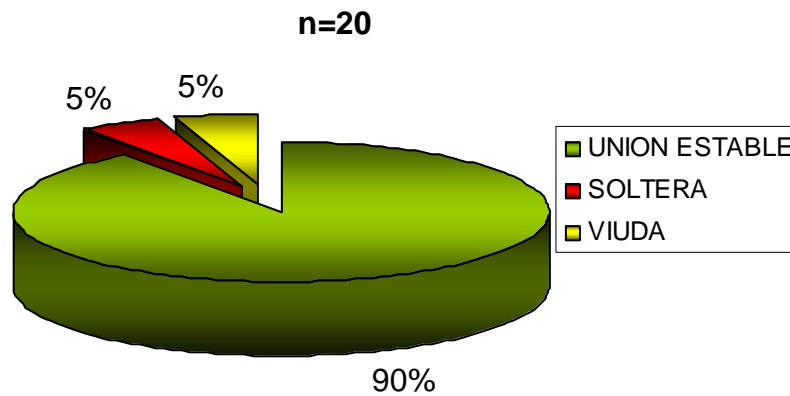
Gráfico No. 2: Distribución porcentual según nivel de escolaridad



Fuente de información: Primaria

Respecto al estado civil, 18 (90%) vivían en unión estable con su pareja, 1 (5%) era soltera y 1 (5%) era viuda.

Gráfico No. 3: Estado civil de las pacientes



Fuente de información: Primaria

La mayor parte de las pacientes estudiadas eran amas de casa (65%), 25% eran obreras y el 10% (2 pacientes) eran estudiantes, una de secundaria y la otra estudiante universitaria.

Al preguntar sobre el hábito tabáquico, se encontró que el 90% nunca había fumado. Las 2 pacientes (10%) que fumaban eran las 2 que refirieron ser estudiantes.

La mayor parte de pacientes estudiadas era de origen rural (75%), en contraste con sólo 5 pacientes del área urbana.

En cuanto a la paridad, hubo una distribución uniforme encontrando que 5 pacientes eran primíparas, 5 bíparas y 5 multíparas, sólo se encontraron 2 pacientes (10%) nulíparas. La mayoría de las pacientes estudiadas refirió una menarca a las edades de 13 y 14 años (70%), 20% entre 11 y 12 años y 10% entre 16 y 17 años.

En relación al inicio de vida sexual activa, la mayor parte de las pacientes (80%) fue entre los 14 a 19 años de edad; hubo un 5% que refirió su primer contacto sexual antes de los 14 años y el restante 15% entre 21 y 30 años.

Tabla No. 1: Distribución porcentual de las pacientes según inicio de vida sexual activa

n =20

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<14	1	5
14-19	16	80
20-29	3	15
TOTAL	20	100

Fuente de información: Primaria

A pesar de que se observó que en general las pacientes tenía sus reservas al hacerles la pregunta sobre número de compañeros sexuales que ellas habían tenido

hasta la fecha de la entrevista, el 25% dijo que había tenido más de 4, y un 45 % más refirió entre 3 y 4, hubo una paciente, específicamente la estudiante universitaria, que reconoció que había tenido más de 10 parejas sexuales.

Tabla No. 2: Distribución porcentual del número de compañeros sexuales de la población estudiada

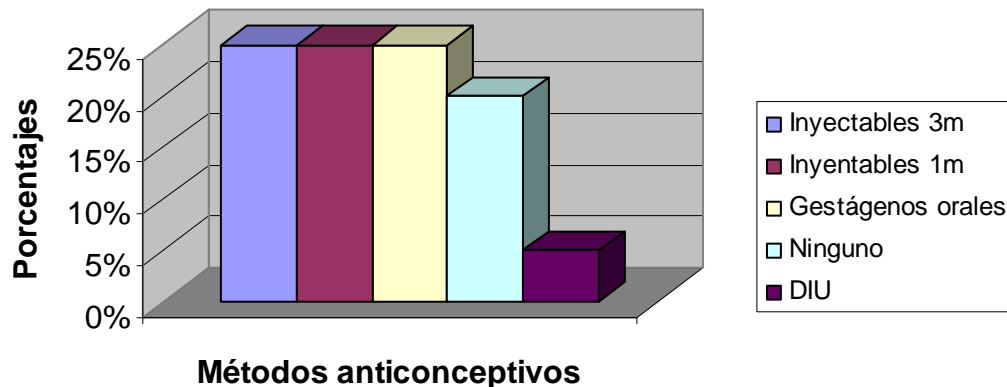
n =20

No. COMPAÑEROS SEXUALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
1	6	30
2-4	9	45
>4	5	25
TOTAL	20	100

Fuente de información: Primaria

Los métodos de planificación familiar de mayor uso fueron los inyectables de 3 meses, de 1 mes y los gestágenos orales, con 5 pacientes (25%) para cada uno, un paciente refirió haber utilizado DIU, y 4 pacientes (20%) nunca habían utilizado métodos de planificación familiar. Ninguna paciente refirió métodos de barrera.

Gráfico No. 4: Distribución porcentual de métodos anticonceptivos de las pacientes estudiadas
n = 20



Fuente de información: Primaria

Las 20 pacientes incluidas al estudio habían tenido antecedente de condilomatosis genital, solamente 3 de ellas reconocieron padecer con frecuencia de otros tipos de infecciones del tracto genital. Sin embargo al momento de realizar el estudio citológico y la colposcopia se encontró que más de la mitad cursaba con exudado transvaginal anormal, en algunos casos incluso característico de vaginosis bacteriana. No se reportaron pacientes con enfermedad inmunosupresivas.

Revisando el antecedente de realización de papanicolaou a estas pacientes, a 17 de ellas (85%) se les había tomado, de éstas, en 9 pacientes (45%) reportaban PAP normal, y en 8 pacientes (40%) habían hallazgos anormales los que se distribuyeron así: en 4 (20%) reportaban inflamación severa, en 1 paciente HPV con Atípiya escamosa más pseudocoilocitos, 1 paciente más con inflamación severa más HPV, 1 paciente con NIC I más HPV y finalmente 1 paciente con NIC II. El intervalo de tiempo entre el PAP anterior y el actual fue en 14 pacientes (70%) menor de 1 año, y en 3 pacientes (15%) entre 1 y 2 años.

Tabla No. 3: Resultados citológicos anteriores y actuales tomados en el estudio n = 20

No.	Papanicolaou anterior	Papanicolaou actual	Intervalo de tiempo entre PAP anterior y PAP actual	Tratamiento entre PAP
1	Atípiya escamosa, HPV, metaplasia inmadura, pseudocoilocitos	LIEBG, Cándidas	< 1 año	Ninguno
2	Inflamación severa	LIEBG	< 1 año	Ibuprofén

3	Normal	LIEBG, HPV, Cándidas e inflamaciones lev-mod	< 1 año	Ninguno
4	Nunca	Neg para cel Maligna	-	Ninguno
5	NIC II	ASCUS	< 1 año	Albothyl
6	Inflamación severa	Inflamación moderada	< 1 año	Ibuprofén, Doxiciclina, Dexacort
7	Normal	ASCUS	< 1 año	Ninguno
8	Inflamación severa HPV	Inflamación Sev, cándidas	1 año	Ibuprofeno, Clotrimazol
9	Normal	Neg para cel Maligna	< 1 año	Dexacort, ninguno
10	Normal	LIEBG	< 1 año	Ninguno

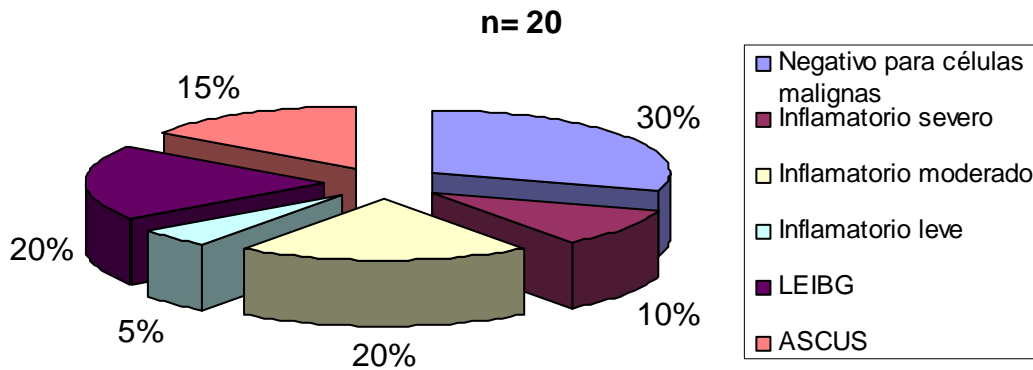
11	Inflamación	Neg para cel Maligna	> 2 años	Ibuprofén
12	Normal	Neg para cel Maligna	< 1 año	Doxiciclina, ninguno
13	Inflamación severa	Inflamación severa	< 1 año	Ibuprofén Dexacort
14	Normal	Inflamación lev- mod	< 1 año	Doxiciclina, ninguno
15	Normal	Inflamación leve	< 1 año	Ninguno
16	NIC I, HPV	Neg para cel Maligna	1 año	Ac. Tricloro, acético
17	Normal	ASCUS	< 1 año	Ninguno
18	Nunca	Inflamación moderada	-	Ninguno
19	Normal	Neg para cel Maligna	< 1 año	Ninguno

20	Nunca	Inflamación moderada	-	Ninguno
----	-------	----------------------	---	---------

Al total de pacientes incluidas en el estudio se les realizó citología cervical, dieciocho pacientes (90%) presentaron frotis citológico adecuado para evaluación y en las 2 restantes (10%) éste fue también adecuado pero limitado para evaluación por presencia de escasos polimorfonucleares.

En 4 pacientes se encontró lesión intraepitelial de bajo grado, una de ellas asociada a la presencia de HPV. En 3 pacientes se reportó ASCUS. 7 pacientes tenía un papanicolaou inflamatorio (2 inflamatorio severo, 4 moderado y 1 leve), y finalmente en las 6 pacientes restantes el reporte fue únicamente negativo para células malignas.

Gráfico N° 5: Distribución de los hallazgos citológicos realizados en el estudio a las pacientes

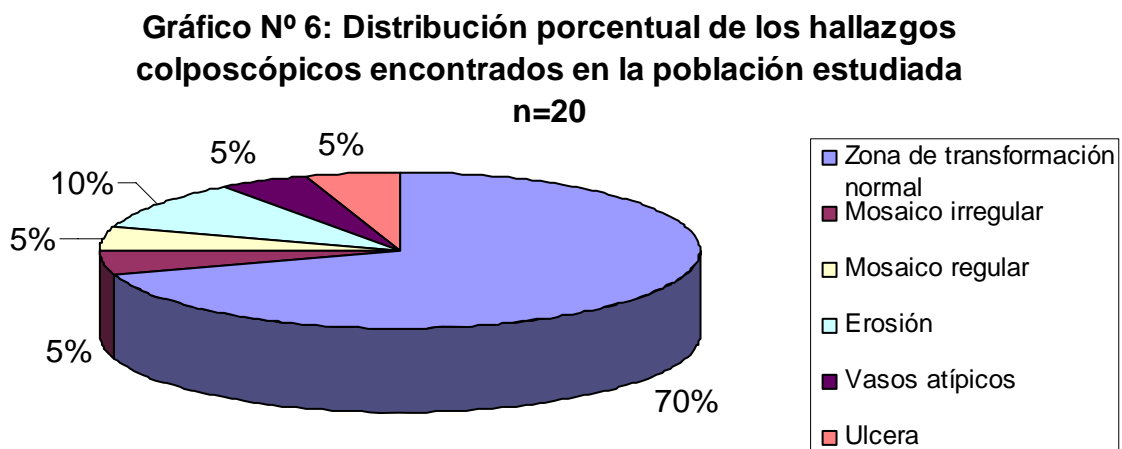


Fuente de información: Primaria

De igual manera, independientemente del resultado citológico, a las 20 pacientes se les realizó examen colposcópico, en 2 pacientes (10%) la colposcopia fue insatisfactoria, ya que la unión escamocolumnar no era visible, se trató de las 2 pacientes de edad avanzada. En las 18 pacientes restantes (90%) la colposcopia fue

satisfactoria, siendo en 13 de ellas (65%) la unión escamocolumnar exocervical y en 5 pacientes (25%) endocervical.

El estudio colposcópico reveló que la mayor parte de las pacientes, 14 (70%), presentaban una zona de transformación normal, en contraste con 6 pacientes (30%) a las que se les observó patrones anormales que se distribuyeron así: 2 pacientes (10%) erosión, 1 (5%) con vasos atípicos, 1 (5%) con Mosaico irregular, 1 (5%) con Mosaico regular y 1 (5%) con úlcera.



Fuente de información: Primaria

Del total de la población estudiada a 4 pacientes se les tomó biopsia del cérvix durante la colposcopía, estas mismas pacientes presentaron hallazgos anormales en la colposcopía y resultados citológicos anormales.

Tabla No. 4: Hallazgos citológicos, colposcópicos e histopatológicos de las pacientes a las que se les realizó biopsia dirigida por colposcopia.

n = 4

Pacientes Nº	Hallazgo citológico durante el estudio	Hallazgo colposcópico durante el estudio	Resultado histopatológico durante el estudio
1	Inflamación severa	Mosaico regular	Endocervicitis aguda y crónica
2	LEIBG más HPV, inflamación leve a moderada	Mosaico regular	Cervicitis crónica más HPV
3	LEIBG	Mosaico irregular	Cervicitis crónica
4	ASCUS	Vasos atípicos	Cervicitis aguda y crónica

DISCUSIÓN

La infección por HPV en forma clínica es la enfermedad de transmisión sexual más común actualmente, patología que se dá fundamentalmente en mujeres jóvenes; en este estudio el 60% de las pacientes que tenían condilomatosis estuvo entre los 21 a 30 años de edad, dato similar a lo encontrado por Barrati, López y otros, cuyas edades más frecuentes estaban entre los 15 a 29 años de edad. (28)

Según el estado civil, el 90% tenía unión estable con su pareja, y el 65% era ama de casa, dato comparable con lo reportado por Pérez y López, (13, 28), en cuanto a la procedencia el 75% era del área rural, dato muy variable entre diferentes reportes. En nuestro estudio no se realizó evaluación del historial de sus parejas sexuales, lo cual es importante ya que el comportamiento del cónyuge juega un papel en la infección del virus de papiloma humano, sobre todo por que puede existir riesgo elevado de padecer cáncer de cuello uterino en las mujeres si el varón tiene una vida sexual promiscua, por lo que una evaluación directa a la pareja sexual proporcionaría resultados más completos, pero dada la idiosincrasia de la población en nuestro país, resulta difícil tener datos más completos.

De Palo en “Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino”, menciona que existen múltiples factores interdependientes para el desarrollo de lesiones intraepiteliales, Zamudio, Zepeda y Col, en 1998, en una “Evaluación del papanicolaou y la colposcopia en el diagnóstico para el virus de papiloma humano”, encontraron que los factores de riesgo confirmados según la literatura, son el número de parejas sexuales, el IVSA antes de los 19 años de edad, el uso de anticonceptivos orales, el tabaquismo, y la multiparidad; nosotros encontramos que los factores de riesgos más frecuentes en nuestra población de estudio fueron: El inicio precoz de la vida sexual antes de los 19 años (85%), lo que se relaciona en forma estrecha con un aumento del riesgo de la infección por HPV y el desarrollo de lesiones premalignas y malignas, el número de compañeros sexuales (70%), y el uso de anticonceptivos orales (25%), respecto a este factor se ha creado gran controversia, desde que Wied y Cols., en

1967, comunicaron el incremento de la incidencia de displasia del epitelio del cuello uterino en mujeres que tomaban anticonceptivos orales; unos autores refieren una asociación del uso de éstos a la infección por HPV y a la presencia de condilomas, pero teniendo en cuenta otras variables, entre ellas como: Tiempo de exposición.

Contrario a lo esperado y lo que relata la literatura consultada, el tabaquismo se encontró solamente en el 10% de la población de estudio, esto podría deberse a que en general este es un hábito poco frecuente en nuestra población femenina, más en el área rural. Cabe señalar que la patogénesis de el tabaco no está aún totalmente clara. (19, 24).

El 85% de las pacientes en estudio tenían una citología cervical previa, en el 70% de ellas había sido hacía menos de 1 año, y en el 15% restante entre 1 a 2 años previo al estudio. Tomando en cuenta las tasa de cobertura de papanicolaous para el área consideramos que está fue en algún sentido mayor, y que fue influenciado por el hecho del antecedente de condilomatosis vulvovaginal, lo que llevó necesariamente a estas pacientes a buscar algún servicio de salud.

En relación al resultado de los PAPs previos; estos eran en su mayoría normales, y de los hallazgos anormales la inflamación severa (20%), era el hallazgo predominante; esto puede ser un indicio de que la población está acudiendo a sus unidades de salud a realizarse sus PAPs, en cuanto al hallazgo inflamatorio en la citología cervical, Roblee y Botella señalan que la inflamación crónica persistente puede originar proliferación de los epitelios, favoreciendo la penetración y replicación viral, así como el desarrollo de lesiones premalignas y/o malignas.

De la citología cervical que le realizamos a las pacientes en el estudio, el 20% reportó LEIBG y el 15% ASCUS, resultados similares a los encontrados por otros autores (28,29), ya que las lesiones condilomatosas, que nuestras pacientes presentaban en su totalidad, son causadas por HPV de bajo riesgo, denominados así, porque casi nunca se encuentran en los cánceres invasivos, ni en las lesiones

intraepiteliales de alto grado, pero sí en las lesiones intraepiteliales de bajo grado; siendo el HPV de bajo riesgo 6 y 11 los que se asocian como factor etiológico en más del 90% de los condilomas acuminados.

Teniendo en cuenta la existencia de formas subclínicas y latentes del HPV, existe algún nivel de riesgo de potencialidad oncogénica, ya que la probabilidad de progresión de estos reportes citológicos se acerca a un 20%, así mismo de persistencia en un 20%, por lo que depende de nuestra ingerencia como clínicos que tengamos un control de estos para intervenir en el momento oportuno.

González Merlo en "Incidencias Para La Reflexión", refiere que ante la presencia de ASCUS, los criterios que definen estas células y su significado son algo confusos y que en las LEIBG resulta difícil diferenciar los cambios citológicos que produce la infección por HPV de la LEIBG, por lo que se aconseja realizar Colposcopia, y Biopsia a las mujeres que lo ameriten.

En nuestro estudio los patrones Colposcópicos anormales más frecuentes, fueron: Erosión (10%), Vasos atípicos (5%), Mosaico Regular (5%), Mosaico Irregular (5%) y Úlcera (5%), hallazgos que reportan cambios sugestivos de displasias leve, hoy en día la Colposcopia es un método excelente de exploración que nos facilita la observación de lesiones que a simple vista pueden pasar desapercibidas, y que en combinación con la citología, en la actualidad es la manera óptima de detectar estadios preclínicos de cáncer de cérvix, así mismo con este procedimiento podemos realizar biopsias dirigidas. De los hallazgos anormales encontrados en la Colposcopia, 66% se les realizó biopsia dirigida, siendo el hallazgo histopatológico reportado en el 100% de las pacientes Endocervicitis crónica, igual a lo reportado en varios estudios. (28)

Cabe mencionar que el hecho de que todas las pacientes hayan tenido el antecedente de haber sido diagnosticada con condilomatosis vulvovaginal, las expuso a algún tipo de consejería a control citológico, y por lo tanto a algún tipo de

tratamiento en el lapso de 1 a 2 años previos al estudio. Esto puede estar también influenciando en el hecho de que en este estudio no se haya encontrado patología cervical avanzada.

Por otro lado es importante enfatizar en relación al HPV, que podemos obtener resultados aparentemente normales, tanto clínica e histológicamente; así como también en el examen de colposcopia. Esto se debe a que el HPV puede estar en una fase latente, en la cual solo es demostrable por medio de una prueba de hibridación HPV- DNA.

Los datos expuestos hasta aquí, nos permite aportar la importancia del seguimiento y controles en tiempo y forma de los pacientes que tienen HPV, es importante la realización de Citología y Colposcopia-Biopsia, ya que son una información orientativa, pues individualmente en cada paciente, no nos asegura qué casos progresaran, persistirán o regresarán. Por otro lado existe la necesidad de recavar mayor información para que obtengan un beneficio los pacientes en primer lugar, así como la comunidad médica y para los entes encargados de la prevención de las ETS y del Cáncer Cérvico Uterino.

CONCLUSIONES

De la investigación realizada, podemos concluir:

1- La Condilomatosis vulvovaginal se asocia más frecuentemente a Lesiones Cervicales Intraepiteliales de bajo grado.

2- La importancia del seguimiento citológico de las pacientes con antecedentes de condilomatosis vulvovaginal, y en casos en que este indicado, la Colposcopia y la Biopsia dirigida.

3. Los grupos de edad mas afectados fueron, las menores o iguales a 30 años, que representan a la población adolescente y al adulto joven.

4. El inicio precoz de vida sexual y el número de compañeros sexuales fueron los dos factores encontrados más frecuentemente en común en nuestra población de estudio.

5. Los hallazgos citológicos y colposcópicos en su mayoría fueron normales y en menor proporción se encontraron displasias leves.

RECOMENDACIONES

1. Realizar capacitaciones al personal de salud en la toma de muestra para disminuir falsos negativos en los reportes citológicos, así como implementar estrategias dirigidas a mejorar la cobertura de la citología, no sólo en la población de riesgo sino de manera general.

2. Promover la consejería continua en las unidades de salud sobre enfermedades de transmisión sexual, riesgos de contraerlas, formas de prevenirlas y qué hacer en caso de que se hallan padecido, haciendo énfasis en los programas de adolescencia y en personas en edad reproductiva.

3. Implementar la utilización de la colposcopia-biopsia y la tipificación del HPV como métodos diagnósticos y complementarios de la citología cervical para la detección temprana de lesiones cervicales.

4. Promover campañas de detección temprana de lesiones premalignas de cuello uterino, a través de la aplicación de las normas de prevención y atención del cáncer cérvico-uterino.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- De Palo G, Chanen W, Dexeus S.: Patología y Tratamiento del Tracto Genital Inferior. Editorial Masson, 1ª Edición. México, D. F., Pág. 1-13, 42-61, 1991.
- 2- Harrison. Principios de Medicina Interna. 15ª Edición. Volumen III. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Págs.: 1319-1321. México, D. F. 2003.
- 3- Robbins. Patología Estructural y Funcional. 5ª Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Págs.: 1156-1160. Madrid, España. 1998.
- 4- Pabances A. Evaluación diagnóstica de infecciones del Cuello Uterino asociadas al HPV .Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Volumen 55. Pág. 50-53.1990
- 5- National Cancer Institute Work Shop : The 1988 Bethesda System for reporting cervical vaginal citologic diagnosis. JAMA 262: 931, 1989.
- 6- Normas de Prevención y Atención del Cáncer Cérvico Uterino. MINSA. Septiembre, 2000.
- 7- Sosa, María, Dra. Epidemiología del HPV. OBGYN, Latina. 1998.
- 8- Raymond K, Ervin A. Is human papillomavirus testing of value in clinical practice?. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 180, N°5, Pa: 1049-1053. May 2000.
- 9- Shlay, Judith. Estudio de ADN de Papilomavirus humano para el manejo de mujeres con células escamosas atípicas en el extendido de papanicolaou. SIIC Salud. 2ª Edición, Octubre 2003.

- 10- Rincón Morales, Francisco. Infección Genital Femenina producida por el virus de Papiloma Humano. Revista Obstétrica y Ginecológica. Venezuela, Nº. 45: 206, 1990.
- 11- Wei-Sun Xiao, M.D. Human Papillomavirus infection in women infected with human immunodeficiency virus. The New England Journal of Medicine. Volume 337: 1343-1349. Number 19. November 6, 1997.
- 12- Muñoz Nubia, M.D. Epidemiologic of Human Papillomavirus Types Associated virus with cervical cancer. The New England Journal of Medicine. Volumen: 348: 518-527. Nº6. February 6, 2003.
- 13- Wright Tc: Role of Human Papillomavirus in the pathogenesis of genital tract warts and cancer. Ginecol Oncol 37: 151, 1990.
- 14- Castellsagué Xavier, M.D. Male Circumcision, Penile Human Papillomavirus Infection, and Cervical cancer in Female Partners. The New England Journal of Medicine. Volume: 346: 1105-1112. Nº15, April 11, 2002.
- 15- Dexeus S. Tratado y Atlas de Patología Cervical, Colposcopia, 1989.
- 16- Crum, C.P. Type- Specific testing for Human Papillomavirus. New England J. Med. 349: 614-615.
- 17- Pérez E. Manejo de las pacientes con Diagnóstico histopatológico de NIC, HEODRA. Tesis para optar al cuarto año de la Residencia de Gineco obstetricia en el período de Enero a Diciembre del 2000.
- 18- Manos M, Kimney W. and col. Identifying women with cervical neoplasia using human papillomavirus DNA testing for Equivocal Papanicolaou result. JAMA. 281: 1605-1610. 1999.

- 19- González Merlo J. Ginecología, 5ª Edición,
Editorial SALVAT Editor S. A España.

- 20- Polit, Dense Ph D, et al: Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6ª Edición.
Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 2000.

- 21- Day, Robert. Cómo Escribir y Publicar Trabajos Científicos.
Editorial OPS. 1996.

- 22- Piura López, Julio Dr. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica.
Editorial El Amanecer, S.A. Nº 1. Managua, Nicaragua, 1994.

- 23- Lynch, P. J: Condyloma Acominata.
Clinica Obstet Gynecol. 28:142, 1985.

- 24- Botero, Jaime; Jubinz Alfonso, Herrao Guillermo. Obstetricia y Ginecología. 4ª
Edición, 1990.

- 25- Novak, Tratado de Ginecología.
11ª Edición. México. 1991.

- 26- Eddy DM. Screeniing for cervical cancer.
Ann Inter Med; 113: 14-226.1990.

- 27- Harmsel B, Smedts F. Relationship Between Human Papillomavirus Type 16 in the
Cervix and Intraepithelial Neoplasia. American Journal of Obstetrics and Gynecology.
Vol. 93, Nº.1, January 1999, pag 46-49.

- 28- López Salgado, Jannette Dra. Aspectos Generales Citológicos e Histopatológicos de
pacientes portadores de virus de Papiloma Humano, HEODRA, tesis para optar al

cuarto año de la Residencia de Gineco obstetricia en el período de Junio a Noviembre de 1997.

- 29- Lonky Neal M, Sadeghi M. The clinical significance of the poor correlation of cervical dysplasia and cervical malignancy with referral cytologic results. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Vol. 181, N°3, May 1999, pag 560-565.
- 30- Pineda, E. B. et al. Metodología de la Investigación. 2ª Edición. Editorial OPS. 1994.
- 31- Méndez, Carlos. Metodología, Diseño y Desarrollo del Proceso de Investigación. 3ª Edición. Editorial Mc Graw-Hill. Colombia. 2001.
- 32- Muñoz, Carlos. Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis. 1ª Edición. Editorial Prentice Hall. México. 1998.

ANEXOS

ANEXO # 1

EL SISTEMA DE BETHESDA DE 1988 PARA EL REPORTE DEL DIAGNÓSTICO DE LA CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL

INFORME DE LA CALIDAD DEL ESPECIMEN

- Satisfactorio para la Interpretación
- Menos que óptimo
- Insatisfactorio

Explicación para las muestras “Menos que óptimas/Insatisfactorias”

- Celularidad escasa
- Mala fijación o preservación
- Presencia de material extraño (por ejemplo lubricante)
- Parcial o completamente cubierto por inflamación
- Parcial o completamente cubierto por sangre
- Excesiva histolisis
- Ausencia de componente endocervical en mujer premenopáusica que tiene

cérvix

- No representativo del sitio anatómico
- Otros

CATEGORIZACIÓN GENERAL

- Dentro de límites normales
- Otros

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO

INFECCIÓN

- 1.-Hongos
- 2.-Bacterias
- 3.-Protozoos
- 4.-Viral

CAMBIOS REACTIVOS O REPARATIVOS

- 1.-Inflamación
- 2.-Misceláneos

ANORMALIDADES DE LAS CÉLULAS EPITELIALES

***CÉLULAS ESCAMOSAS**

-Células Escamosas Atípicas de significado indeterminado

(recomendando seguimiento y/o realizar otro tipo de investigación)

-Lesión Escamosa Intraepitelial (SIL):

(Comentar la presencia de cambios celulares asociados a VPH si es aplicable)

De Bajo Grado, incluyendo:

- 1.) Cambios celulares asociados a VPH
- 2.) Displasia Leve/Neoplasia Intraepitelial Cervical Grado I (NIC I)

De Alto Grado, incluyendo:

- 1.) Displasia Moderada/NIC II
- 2.) Displasia Severa/NIC III
- 3.) Carcinoma In Situ/NIC III

-Carcinoma de Células Escamosas

-Presencia de Células Endometriales en una de las siguientes circunstancias

- 1.) Fuera del período menstrual
- 2.) En una mujer post menopáusica
- 3.) Historia menstrual no asequible

-Células Glandulares Atípicas de significado Indeterminado

-Adenocarcinoma

-Otra Neoplasia Maligna Epitelial

-NEOPLASIA MALIGNA NO EPITELIAL (especificar)

EVALUACIÓN HORMONAL (Aplicada sólo a los extendidos vaginales)

Anexo # 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-LEON
Infección de Virus de papiloma humano y su relación con Enfermedad Cervical
Premaligna en mujeres en edad sexualmente activa.

Ficha de Recolección de Datos de las Pacientes

I.-DATOS GENERALES.:

Edad:_____	1.- <20 años	Escolaridad:_____
	2.- 21-30 años	1.-Analfabeta
	3.- 31-40 años	2.-Alfabeta
	4.- 41-50 años	3.-Primaria
	5.- >50 años	4.-Secundaria
		5.-Universitaria

Estado Civil:_____	Ocupación:_____
1.-Soltera	1.-Profesional
2.-Unión estable	2.-Jornalera
3.-Viuda	3.-Técnica
4.-Divorciada	4.-Doméstica
	5.-Ama de Casa
	6.-Estudiante

II. ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

Número de partos:_____	Menarca:_____(edad exacta)
IVSA:_____	Número de compañeros sexuales:_____
1.- <14 años	1.- Un compañero
2.-14-19 años	2.- 2 a 4 compañeros
3.-20-29 años	3.- >4 compañeros
4.- >29 años	

Tipo de coito: _____

1.-Vaginal

2.-Oral

3.-Anal

4.-Mixto

Método de planificación familiar: _____

1.-Gestágenos orales

2.-Inyectable de 3 meses

3.-Inyectable de un mes

4.-De Barrera

5.-DIU

6.-Ninguno

¿Antecedente de enfermedad de transmisión sexual? Sí ____ No ____

¿Cuál? _____

Antecedente personales patológicos Sí ____ ¿Qué? _____ No ____

Papanicolaou Anterior: Sí ____ No ____ Si la respuesta es sí:

a.) PAP anormal

b.) PAP normal

Si es anormal describir: _____

Intervalo de tiempo entre el PAP anterior y el actual: _____

ANEXO #3

REPORTE DE EVALUACIÓN CITOLÓGICA

Nombre: _____

Edad: _____

I. FROTIS: _____

1. Adecuado para evaluación
2. Inadecuado para evaluación
3. Limitado para evaluación por: _____

II. NEGATIVO: _____

1. Sí
2. No

III. INFECCIÓN: _____

1. Tricomonas
2. Org. consistente con Cándida sp
3. Otros

IV. CÁMBIOS CELULARES BENIGNOS REACTIVOS A: _____

1. Inflamación leve-mod-sev
2. Vaginitis atrófica
3. Radiación
4. DIU
5. Otros _____

V. CÁMBIOS EPITELIALES ANORMALES: _____

1. Células epiteliales escamosas de origen indeterminado
2. Células epiteliales glandulares de origen indeterminado
3. Lesión escamosa intraepitelial de BG
4. Lesión escamosa intraepitelial de AG
5. CÁRCINOMA de células escamosas
6. CÁRCINOMA de células glandulares
7. Otros

VI. RECOMENDACIONES: _____

1. Repetir citología
2. Control
3. Colposcopia-Biopsia
4. Legrado

ANEXO #4

REPORTE DE CONSULTA COLPOSCÓPICA

Nombre: _____ Edad: _____

I. Ritmo de período menstrual: _____

II. Higiene menstrual: _____

1. Tampones
2. Compresas
3. Desodorante íntimo

III. Hábito tabáquico: _____

1. Sí
2. No

IV. Tratamiento hormonal sustitutivo: _____

1. Sí
2. No

V. Historia Clínica: _____

1. Vaginitis
2. HPV
3. VHS
4. Otras (ETS)

VI. Cirugía previa: _____

1. Sí
2. No

Si la respuesta es sí, especificar: _____

A. COLPOSCOPIA

SATISFACTORIA: _____

1. Unión escamocolumnar
- 1.1 Exocervical
- 1.2 Endocervical

I. Observaciones Normales: _____

1. Epitelio escamoso originario
- 1.1 Trófico
- 1.2 Distrófico
2. Epitelio columnar
3. Zona de transformación normal

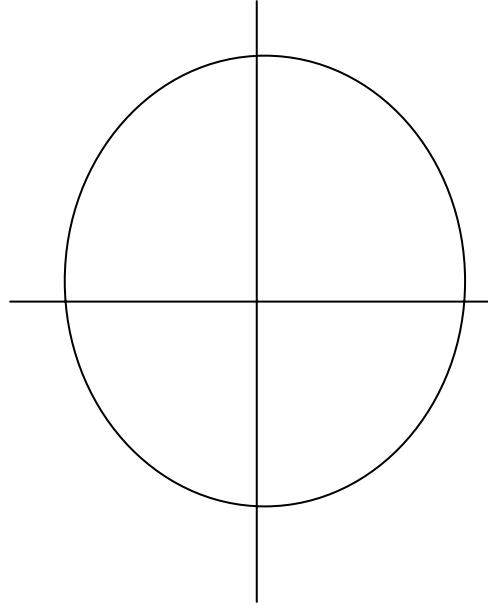
B. COLPOSCOPIA

INSATISFACTORIA: _____

1. Unión escamocolumnar no completamente visible
2. Cuello uterino no visible
3. Inflamación grave
4. Atrofia grave

II. Observaciones Anómalas: _____

1. Dentro de la zona de transformación
2. Fuera de la zona de transformación
- 2.1 Epitelio fino blanco en reacción al ácido acético
- 2.2 Mosaico regular
- 2.3 Punteado regular
- 2.4 Leucoplasia fina
- 2.5 Área negativa al yodo
- 2.6 Epitelio grueso blanco en reacción al ácido acético
- 2.7 Mosaico regular
- 2.8 Punteado irregular
- 2.9 Leucoplasia gruesa
- 2.10 Vasos atípicos
- 2.11 Erosión
- 2.12 Sospecha de Neoplasia Invasiva
3. Pólipo
4. Endometriosis
5. Herpes
6. Inflamación
7. Condilomatosis
8. Tejido de Granulación
9. Resultados terapéuticos
10. Úlcera
11. Atrofia



ABREVIATURAS

Abreviatura	Término
HPV	Virus de papiloma humano
NIC	Neoplasia intraepitelial cervical
LIE	Lesión intraepitelial escamosa
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
HEODRA	Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello
DNA (inglés)	Acido Dexociribonucleico
ZT	Zona de transformación
ZTA	Zona de transformación atípica
Vag	Vaginal
Abd	abdominal
IVSA	Inicio de vida sexual activa
Nº	Número
Cros	Compañeros
Inyect	Inyectable
PAP	Papanicolaou
LIEBG	Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado
ASCUS (inglés)	Células escamosas atípicas de significado indeterminado