

Archivos Médicos de Actualización en:

Medical Records of Lower Genital Tract Update

Tracto Genital Inferior

Editorial

Imagenología de un experto en vulva

Images from an expert on vulva



Hope Haefner

Artículos Originales

Original Articles

Mesa redonda

Panel discussion

Revisión Temática Internacional

International thematic review

Caso Clínico

Clinical Case

Mirada Cultural en TGI

Cultural Look at TGI

Trastornos epiteliales
no neoplásicos de la vulva





Definición

La Revista "Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior", es una publicación médica científica en formato electrónico, que difunde información actualizada y consistente mediante la interconexión globalizada con instituciones, profesores expertos e investigaciones analizadas y de vanguardia, cuya dinámica profesional gira en torno al Tracto Genital Inferior (TGI)

Objetivos:

- Difundir conocimiento médico especializado, sólido y de actualidad oportuna.
- Generar y vincular redes que filtren ideas e hipótesis científicas, favoreciendo una fluida gama en líneas de análisis e investigación en torno al TGI.
- Interacción entre los lectores y profesores participantes.
- Ofrecer un foro abierto a los colegas interesados en publicar sus investigaciones en el TGI.

Cobertura temática:

Ciencias de la Salud en Ginecología relacionadas con el estudio del Tracto Genital Inferior e interdisciplinas.

Cobertura pública:

Revista de difusión local, nacional y mundial a través de las siguientes páginas web:

- Hospital Civil de Guadalajara: Fray Antonio Alcalde (HCGFAA) (<http://www.hcg.udg.mx/>)
http://www.hcg.udg.mx/PAGs/seccionMenu_4.php?opcSubM4=3
- Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara
(<http://www.cucs.udg.mx/>) http://www.hcg.udg.mx/PAGs/seccionMenu_4.php?opcSubM4=3
- * Servicio de Ginecología del HCGFAA (<http://frayantonioalcalde.blogspot.com>)
- Universidad Nacional Autónoma de México: Latindex (<http://www.latindex.unam.mx>)
- Revistas Biomédicas Latinoamericanas: Imbiomed <http://www.imbiomed.com.mx>
- Medigraphic www.medigraphic.com

La revista se dirige a:

Profesionales de la salud con enseñanza superior: de pregrado y posgrado.

Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior, Año VI, No. 11, Octubre 2014, es una publicación semestral editada en formato electrónico en el Antiguo Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde a través del Departamento de Enseñanza e Investigación, y del Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), de la Universidad de Guadalajara. Calle Hospital # 278, Col. El Retiro, Sector Hidalgo, C.P. 44280, Tel. (33) 39-42-44-00, directo (33) 36 42 49 77 y (33) 36 40 14 82, <http://www.hcg.udg.mx>, Link revista: http://www.hcg.udg.mx/Sec_Inicio/Rev_Oncologia/RevOncologia; <http://frayantonioalcalde.blogspot.com>.

Correspondencia: dramlag@hotmail.com, displasias_hcivil@live.com.mx. Editor responsable: Hospital Civil de Guadalajara.

Solicitud de la reserva de derechos al uso exclusivo (derechos de autor) (SEP) núm. 04-2009-062514572200-01 ID 14599 Número de certificado de licitud de título, aprobado: No. 04-2009-062514572200-0. ISSN en proceso.

La revista: "Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior", es una publicación semestral en la especie de difusión vía computo, de distribución gratuita. The journal "Medical Records Update in Lower Genital Tract", is published twice a year in the kind of computing via diffusion of free distribution.

CONTENIDO

SECCIÓN

1. DIRECTORIO

2. EDITORIAL

Gabino de Jesús Vaca Carbajal.

3. IMAGENOLOGÍA DE UN EXPERTO EN PATOLOGÍA VULVAR

Liquen escleroso, liquen simple, liquen plano.

Hope K. Haefner.

4. ARTÍCULO ORIGINAL

Ectropión cervical: factor de riesgo para lesiones precursoras y cáncer cervico uterino.

Oscar Augusto Trejo Solórzano, José Manuel Solórzano Camacho, Jose Luis Lopez Velásquez, Diana Graciela Silva Ruiz, María Del Carmen García Martínez, José Adrian Tolentino López, Miguel Ángel Bedoya Osorio.

5. ARTÍCULO ORIGINAL

Resultados colposcopicos en adolescentes del sur de Veracruz.

Teresa Franco Cárdenas, Rafael Soriano Pita.

6. MESA REDONDA: Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco, A. C.

Guías de manejo en LEIBG y LEIAG.

Hugo Briseño Hanon, Juan Carlos Cantón Romero, Juan Enrique Guinto Balanzar, Roberto Guadalupe Guzmán Martínez, Ricardo Alejandro Lúa Alvarado.

7. REVISIÓN TEMÁTICA INTERNACIONAL

Lesiones intraepiteliales cervicales en la adolescencia.

Ysis Margarita Martínez Chang, Miguel Román Sarduy Nápoles, Leysi Rodríguez Martínez

8. CASO CLÍNICO

Respuesta al tratamiento combinado de Isotrenitoina más Imiquimod tópico, en la condilomatosis vulvar multifocal en una paciente senil inmuno – comprometida.

Oscar Augusto Trejo Solórzano, María del Carmen García Martínez, José Adrián Tolentino López, José Luis López Velázquez, Dra. Brenda V. Gabilondo Acevedo, Fernando de la Torre Rendo Fernando, Esther Guadalupe Guevara Sangines.

9. MIRADA CULTURAL

Childhood Gynecologic Cancer Association.

María de Lourdes Aguilar

10. NORMAS PARA AUTORES

11. NUEVA PUBLICACIÓN EN COLPOSCOPIA y PATOLOGÍA DEL TRACTO ANOGENITAL.

COLPOSCOPIA, cómo y cuándo realizarla.

Editorial Cuéllar Ayala

12. 65º CONGRESO MEXICANO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA de la FEMEGO

26 – 30 Octubre 2014.

Colegio de Ginecología y Obstetricia de Monterrey, 2014.

DIRECTORIO

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

Mtro. Itzcóatl Tonatiuh Bravo Padilla

Rector General, Universidad de Guadalajara (U de G)

Dr. Dr. Jaime Federico Andrade Villanueva

Rector del Centro Universitario de Ciencias de la Salud

HOSPITAL CIVIL de GUADALAJARA, Fray Antonio Alcalde (HCGFAA)

Dr. H閗tor Raul P閞ez G髆ez

Director General: OPD Hospitales Civiles de GDL

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez

Director Médico HCGFAA

M.S.P. Víctor Manuel Ramírez Anguiano

Subdirector General de Enseñanza e Investigación,
Hospitales Civiles

Dra. Claudia Margarita Asencio Tene

Subdirector: Enseñanza e Investigación, HCGFAA

Dr. José Enrique Cabrales Vázquez

Jefe de Servicio: Oncología, HCGFAA

Dr. Francisco Alfaro Baeza

Jefe de División: Ginecología y Obstetricia: HCGFAA

Dr. Roberto Larios Casillas

Responsable: Sección Pelvis: Servicio Oncología,
HCGFAA

Dra. María de Lourdes Aguilar Garay

Responsable: Clínica de Colposcopia en el Servicio de
Oncología, HCGFAA

Dr. José Pedro Chávez Chávez

Responsable: Clínica de Colposcopia: del Instituto
Jalisciense de Cancerología, Secretaria de Salud en
Jalisco (IJC)

Mtra. Verónica A. Barrios Villalobos

Jefe de departamento de vinculación y extensión, adscrita
a la subdirección general de enseñanza e investigación.
HCFAA

PROFESORES COLABORADORES en ESTE VOLUMEN

Dra. Hope K. HaefnerMichigan (USA).

Centro Médico, Universidad de Michigan, Ann Arbor, Michigan.

Dra. Ysis Margarita Martínez Chang.....La Habana (Cuba).

Centro de Investigaciones Médico Quirrgicas, La Habana, Cuba.

Dr. Oscar Augusto Trejo Solorzano.....México (Mx).

HR Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, Cd. de México.

Dra. Teresa Franco Cárdenes.....Coatzacoalcos (Veracruz).

Hospital Regional "Valentín Gómez Farías", Coatzacoalcos, Ver.

Dr. Hugo Briseño Hanon.......Guadalajara, Jalisco (Mex).

Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Edo. de Jalisco, (Mx)

Dra. María de Lourdes Aguilar Garay..Guadalajara, Jal. (Mex).

Hospital Civil de Guadalajara, Fray Antonio Alcalde

CONSEJO EDITORIAL

Dr. José Enrique Cabrales Vázquez

Jefe: Servicio Oncología, HCGFAA

Dr. Francisco Alfaro Baeza

Jefe de División: Ginecología y Obstetricia, HCGFAA

Dr. Virgilio Valladares García

Jefe, Servicio Ginecología HCGFAA

Dr. Arnoldo Guzmán Martínez

Jefe, Servicio Obstetricia, HCG

Dr. Gabino de Jesús Vaca Carbajal

Jefe, Servicio Endoscopía Ginecológica, HCGFAA

Dra. Ma. de la Merced Ayala Castellanos

Coordinador General Diplomado en Colposcopia y Patología del
Tracto Genital Inferior DCPTGI. UdeG. HCGFAA

Dr. Roberto Larios Casillas

Responsable: Sección Pelvis/Oncología/HCGFAA

Dr. José Pedro Chávez Chávez

Profesor Titular DCPTGI, UdeG

Dra. María de Lourdes Aguilar Garay

Responsable Sección Colposcopia, Servicio de Oncología
HCGFAA y colaborador adjunto en El DCPTGI

EDITOR FUNDADOR

Dra. Ma. de Lourdes Aguilar Garay

COORDINACIÓN CIENTÍFICA

Dra. Ma. De Lourdes Aguilar Garay

Dr. José Pedro Chávez Chávez

REVISIÓN, TRADUCCION, ACABADO

Dra. Ma. De Lourdes Aguilar Garay (HCGFAA)

Dr. José Pedro Chávez Chávez (IJC)

Dr. Alejandro Acosta Aguilar (Hospital Juan I. Menchaca).

Mtro. Alfredo Cedano Rodríguez

Jefe de Unidad de Tecnología para la Enseñanza e Investigación.

Subdirección general de Enseñanza e Investigación: HCGFAA.

DIFUSIÓN ELECTRÓNICA

Ma. Elena Calzada Torres.



Editorial



La crisis del cáncer

Basado en las últimas estadísticas sobre la incidencia del cáncer y sus tasas de mortalidad en todo el mundo, El World Cancer Report 2014, se pone de manifiesto que la carga del cáncer está creciendo a un ritmo alarmante y subraya la necesidad de adoptar urgentemente estrategias eficaces para poner freno a la enfermedad.

En 2012 la carga mundial del cáncer alcanzo los 14 millones de casos nuevos en el año, una cifra que se prevé aumente hasta los 22 millones anuales en los próximos dos decenios. Como consecuencia del aumento y el envejecimiento creciente de las poblaciones, en los países en desarrollo se ven afectados desproporcionadamente por el incremento de la incidencia del cáncer.

Más del 60% de todos los casos del mundo, se producen en África, Asia, América central y América del Sur; registrando el 70% de defunciones por cáncer. En los países en desarrollo el acceso a tratamientos eficaces y asequibles contra el cáncer, incluidos los cánceres infantiles, reduciría significativamente la mortalidad.

Casi la mitad de todos los cánceres podrían evitarse si los conocimientos actuales al respecto se aplicaran de forma adecuada. La carga de cánceres provocados por infecciones (cáncer cervicouterino y el cáncer de hígado) podrían verse reducidos con la aplicación de vacunas contra el virus del papiloma y el de la hepatitis B respectivamente.

La disminución del consumo de tabaco, en los países de ingresos bajos y medios reviste una importancia crucial para la lucha contra el cáncer de pulmón. Los cánceres colorectal y el de mama en los países en rápida industrialización también se debería dar prioridad a la adopción de medidas para promover la actividad física y evitar la obesidad.

Los métodos tecnológicamente sencillos y cribado han demostrado su eficacia en países en desarrollo. Un buen ejemplo es el cribado del cáncer cervico uterino mediante la inspección visual con ácido ascético y el tratamiento con crioterapia de las lesiones precancerosas. Contar con una legislación adecuada desempeña un importante papel en la reducción de la exposición y los componentes de riesgo. El control en el consumo del tabaco mediante impuestos, restricción de la publicidad y otras han logrado disminuir el consumo del tabaco. Debe considerarse la posibilidad de aplicar enfoques similares en otras esferas, sobre todo en lo que respecta al consumo de alcohol y bebidas azucaradas, así como para limitar la exposición a riesgos carcinogénicos de tipo ocupacional o ambiental, incluida la contaminación ambiental.

Una medida que corregiría varios factores a la vez es la Educación.

Dr. Gabino de Jesús Vaca Carvajal
Jefe del Servicio de Endoscopía Ginecológica
Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde
gjvcarvajal@hotmail.com endogine@gmail.com

Imagenología de un experto en vulva

Liquen escleroso, Liquen plano y Liquen simple



Dra. Hope K. Haefner *

1

* La doctora Hope Katherine Haefner es especialista en obstetricia y ginecología con adiestramiento en patología ginecológica en el Centro Médico Ann Harbor de la Universidad de Michigan. Su principal actividad profesional es en el conocimiento e investigación de las enfermedades vulvares.

Otros cargos:

* Expresidente de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical (ASCCP) en el periodo 2011-2012.

*Secretario General de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades vulvovaginales (ISSVD).

*Tesorero Adjunto de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC).

*Ex presidente de la Comisión de Educación Médica Continua para el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG). Además, está involucrada activamente en proyectos educativos con el ASCCP y la ISSVD.

*Director de: Childhood Gynecologic Cancer Association (CGYNCA); es una organización sin fines de lucro que trabaja para mejorar el intercambio de información sobre el cáncer ginecológico de la niñez a las familias y los profesionales médicos.

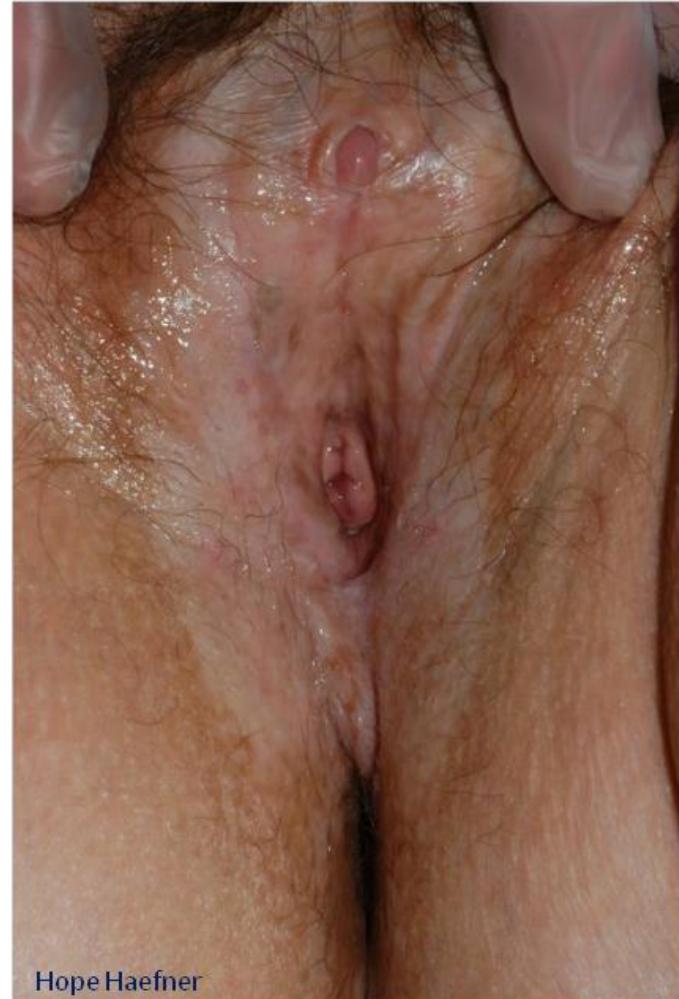
*Actualmente es Director del Centro de Enfermedades de la Vulva de la Universidad de Michigan y Presidente de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Enfermedades vulvovaginales (ISSVD)

LIQUEN ESCLEROSO (LE)



Hope Haefner

Liquen escleroso. Se observa piel atrófica e hipopigmentación



Hope Haefner

Liquen escleroso, que muestra el típico patrón en forma de ocho o en reloj de arena.

El liquen escleroso (LE), es una de las condiciones vulvares crónicas más comunes, constituye el 40% de los trastornos epiteliales no neoplásicos. Ningún grupo de edad es inmune. El inicio suele ser en la mediana edad, pero es particularmente común en la población anciana.

Un mecanismo autoinmune puede estar implicado en la etiología.

El síntoma predominante es el prurito crónico. Puede ser leve, moderado, pero es más común que sea intenso y en ocasiones insopportable.

El diagnóstico puede ser sospechado clínicamente, después de una historia clínica y examen minucioso.

Una biopsia está indicada para confirmar la enfermedad. En las niñas se puede posponer la biopsia para casos que no mejoren con tratamiento. Histológicamente se observa la pérdida de las crestas epiteliales, hiperqueratosis y pérdida de los melanocitos.

En el diagnóstico diferencial se incluye el vitíligo, el liquen plano, la atrofia que presenta la mujer menopáusica, entre otros.



Hope Haefner

Los síntomas del LE varían entre prurito, ardor y dolor. El liquen escleroso puede ser asintomático. Las mujeres con LE tienen una actividad sexual menos frecuente y la actividad sexual menos satisfactoria.



Hope Haefner

En la enfermedad tardía, el LE se caracteriza por la cicatrización con la aglutinación de las estructuras genitales normales, así como la pérdida de los labios menores, y solo se observa una cicatriz sobre el clítoris.



Mujer con LE. Se observa borrado de los labios menores y el clítoris. La piel es rugosa en la periferia, (imagen en papel de cigarrillo) y presenta eritema difuso, hiperemia y fisuras en la comisura posterior.

4



Mujer postmenopáusica con LE en etapa tardía o crónica. Se observa la piel atrófica, hipopigmentación y desaparición de labios menores y clítoris. Zonas equimóticas y el introito vulvar se observa engrosado y estenosado.

Hope Haefner

LIQUEN SIMPLE CRÓNICO (LSC)



Hope Haefner

Liquen simple crónico (LSC). Sinónimos: hiperplasia de células escamosas, neurodermatitis, prurito vulvar, hiperplásico. Por lo general es parte del espectro de la dermatitis atópica. La piel de la vulva aparece engrosada de manera difusa con una intensificación del relieve superficial (lichenización). Los labios pueden estar agrandados y rugosos, con un grado variable de edema.

5



Hope Haefner

LSC. La afectación puede ser uni- o bilateral. Puede extenderse ampliamente hasta alcanzar los pliegues labiocurrales e inguinal. La piel se torna rosa intensa o rojiza y hasta obscura. Puede haber fisuras y escoriaciones. La picazón y rascado crónico aunado al estrés en éstas pacientes, empeoran el cuadro.

LIQUEN PLANO (LP)



Liquen plano.

El liquen plano es una erupción inflamatoria distintivo de la piel y las membranas mucosas.

Es un trastorno de la inmunidad mediada por células alteradas con antigenos exogenos de la epidermis.

Tiende a ocurrir en mujeres de mediana edad (edad 40-60 años).

Afecta a la piel y las mucosas
- boca, vulva, vagina, uñas, cuero cabelludo, esofago, la nariz, la conjuntiva de los ojos, los oídos y la vejiga.

El LP suele ser erosivo y acompañarse de dolor; algunas paciente puede tener LP más vulvodinia (dolor vulvar crónico).

Síntomas: ardor, dolor intenso, dispureunia, disuria. Las pacientes pueden estar deprimidas por la cronicidad de la enfermedad y la falta de mejoría.

Signos: erosiones de color rojo brillante (eritema vidriado), cicatrices alrededor de los labios menores y el vestibulo. Los bordes pueden ser de color blanco a gris borrosas o como humo. La cicatrizarcin provoca aplanamiento de la vulva y la perida de los labios menores.



Hope Haefner

Líquen plano temprano. En la imagen se observa un patrón papuloescamoso - pápulas y placas típicas con patrón de encaje blanco en el trígono de la vulva. Presentan vaginitis descamativa. Puede ser parte de LP generalizado. Esto puede causar picazón. Tiende a responder a los esteroides tópicos potentes (clobetazol).



Hope Haefner

Líquen plano erosivo. Esta forma erosiva del líquen plano suele ser destructivo en las membranas mucosas y en la vulva con una vaginitis descamativa, erosiones variables más atrofia, por lo general el dolor, ardor e irritación en lugar de picor. Cursan con flujo maloliente, purulento y en ocasiones sinequias vaginales. Tiende a ser resistente a tratamiento y requiere manejo por tiempo prolongado y combinaciones terapéuticas.



Hope Haefner

Líquen plano en la mucosa oral. Abajo: LP gingival.



Hope Haefner

Cuando el LP afecta la vulva, la vagina y la boca se conoce como síndrome vulvovaginal gingival.

Hasta el 70% de las mujeres con LP vulvar tiene implicación vaginal. Esta puede ser una condición crónica, destructiva, debilitante y difícil.

El LP con patrón hipertrófico es menos común. Muestra extensas cicatrices blancas y produce "picazón". Tiende a ser resistentes al tratamiento.

Hay que examinar la boca y la piel para tener evidencia en el diagnóstico de LP

Las biopsias pueden ser inespecíficas.

El diagnóstico diferencial se hace con el liquen escleroso, con erupción medicamentosa, penigoide cicatricial, entre otros.

8

Lecturas recomendadas:

1. Hope K. Haefner, MD,¹ Nely Z. Aldrich, MD,² Vanessa K. Dalton, MD, MPH,¹ He' le'ne M. Gagne', MD,³ Stephanie B. Marcus, MD,⁴ Divya A. Patel, MPH, PhD,¹ and Mitchell B. Berger, MD, PhD.¹ *The Impact of Vulvar Lichen Sclerosus on Sexual Dysfunction. The Impact of Vulvar Lichen Sclerosus on Sexual Dysfunction. Journal of Women's Health. Volume 23, Number 9, 2014.*

2. Natalie A Saunders, Hope K Haefner *Vulvar lichen sclerosus in the elderly: pathophysiology and treatment update. Drugs & Aging (Impact Factor: 2.5). 01/2009; 26(10):803-12.*

3. Dr Yolanda R. Smith, Hope K. Haefner. *Vulvar Lichen Sclerosus. American Journal of Clinical Dermatology. April 2004, Volume 5, Issue 2, pp 105-125.*

Artículo original

Nivel de evidencia III

Ectropión cervical: factor de riesgo para lesiones precursoras y cáncer cervico uterino.

Oscar Augusto Trejo Solórzano*. José Manuel Solórzano Camacho**. Jose Luis Lopez Velásquez**.
Diana Graciela Silva Ruiz**. María Del Carmen García Martínez**. José Adrian Tolentino López**. Miguel Ángel Bedoya Osorio**.

*Ginecólogo y Obstetra, Colposcopista. Profesor Titular Curso de Alta Especialidad Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia.
"Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos" ISSSTE

**Ginecólogo y Obstetra. Servicio de Colposcopia. "Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos" ISSSTE

Correspondencia: oscarcolpotre@hotmail.com

Av. Universidad 1321, Florida, Álvaro Obregón, 01030 Ciudad de México, Distrito Federal.

Resumen

El ectropión o eversión glandular en el cérvix, es un proceso normal y fisiológico, se presenta en un alto porcentaje entre los 14 y 37 años, mas frecuente en mujeres en edad reproductiva, en las embarazadas, en paciente con uso prolongado de anticonceptivos y terapia hormonal de reemplazo. Su presencia esta asociada a la presencia de estrógenos, por lo que es raro observarla en la etapa posterior a la menopausia. Esta eversión es productora de moco y sangrado al tacto. Ya esta bien reconocido que el epitelio glandular expuesto, tiene una inmunidad celular abatida o disminuida, por lo que presenta una mayor predisposición a replicar infecciones por agentes externos como Herpes, Virus del Papiloma Humano (VPH), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Chlamydia y Neisseria entre otros. Así mismo, esta exposición del epitelio glandular junto con los múltiples agentes infectantes de manera activa, son factores que van a favorecer la historia natural de las lesiones escamosas intraepiteliales (LEI) y el cáncer cervico uterino. Las pruebas moleculares nos permiten determinar en la actualidad con muy alta sensibilidad a los VPH de alto riesgo para cáncer, esto a través de pruebas como de reacción en cadena de polimerasa (PCR). Otros exámenes de laboratorio que son innovaciones en la biología molecular son los utilizados en cultivo para virus, bacterias, parásitos y hongos, a base de sistemas robotizados con técnicas de PCR. La colposcopia es un elemento de observación microscópica de gran apoyo para el diagnóstico de todos los cambios locales normales y anormales que ocurren en el ectocervix, sitio de localización más frecuente de la eversión glandular y de la sensible zona de transformación, sitio en donde ocurren todos los cambio iniciales que pueden terminar en una lesión invasora. Esta propuesta de etapificación (etapa I, II, III y IV más cinco grados de severidad: a, b, c, d, e) reúne todos los factores de riesgo antes mencionados, que sumados, nos permitirán determinar y evaluar cada una de las etapas de acuerdo a su severidad, teniendo la posibilidad de llevar a cabo una planeación de los diferentes tipos de tratamiento conservadores, todos estos de mínima invasión, como son la crioterapia de óxido nitroso, el rayo LASER de dióxido carbono, la radioesferolisis con radiofrecuencia de bajo poder y la utilización de micro-ondas a través de una sonda de contacto, todos ellos con resultados satisfactorios.

Palabras clave: ectropión, virus del papiloma, inmunosupresión, cáncer.

Summary

Ectropion or glandular eversion of the cervix is a normal physiological process occurs in a high percentage between 14 and 37 years old, more common in women of reproductive age, pregnant women, in patients with prolonged use of contraceptives and therapy hormonal replacement. Its presence is associated with the presence of estrogen, so that is rare to observe it in the post-menopause. This eversion is producing mucus and bleeding on touch. Already well recognized that the glandular epithelium exposed, has a depressed cellular immunity or decreased, so has a greater predisposition to infections replicate external agents such as Herpes,

Human Papilloma Virus (HPV), Human Immunodeficiency Virus (HIV), Chlamydia and Neisseria and others. Also, these exhibitions of glandular epithelium with multiple infectious agents actively, are factors that will encourage the natural history of squamous intraepithelial lesions and cervical uterine cancer. Molecular tests allow us to determine at present with very high sensitivity to high-risk HPV to cancer it through testing and polymerase chain reaction (PCR). Other laboratory tests that are innovations in molecular biology are used in culture to virus, bacteria, parasites and fungi, based techniques in PCR. Colposcopy is an element of microscopic observation of strong support for the diagnosis of all normal and abnormal local changes occurring in the ectocervix, more frequent site location glandular eversion and sensitive transformation zone, site where they occur all initial change that can lead to an invasive lesion. This proposed estadificación (stage I, II, III and IV) more five severity grades: **a, b, c, d** meets all the above mentioned risk factors, which together allow us to identify and evaluate each of the stages of risk according to their severity, with the possibility of carrying out a planning different types of conservative treatment, all of them minimally invasive, such as cryotherapy with nitrous oxide, the LASER beam of carbon dioxide, the radioesferolisis with low power radiofrequencies and the use of microwaves through a contact probe, all with satisfactory results.

Key words: ectropion, papilloma virus, inmunosupresion, cancer.

INTRODUCCIÓN

El ectropión se define como la eversión del epitelio cilíndrico endocervical hacia el exocérvix, presentándose generalmente como una alteración que rodea el orificio cervical externo. La eversión del epitelio cilíndrico se caracteriza por ser más pronunciada en los bordes anterior y posterior del exocérvix y menor en sus porciones laterales. Es un proceso normal y fisiológico. Generalmente en el ectropión observamos el desplazamiento de toda la mucosa, con inclusión de las criptas y el estroma subyacente. (1) La prevalencia del ectropión cervical en edad reproductiva es variable, con un mayor porcentaje entre los 14 y 37 años. Es raro en pacientes postmenopáusicas, esto como resultado de la disminución de los niveles estrogenicos y secundariamente la atrofia e inversión del cérvix. La presencia de ectropión es influenciada por los estrógenos, siendo frecuente después de la menarca, en embarazadas y en pacientes con tratamiento hormonal combinado. (2, 3,4) La manifestación clínica de la ectopia, sobre todo cuando es extensa, es la presencia de leucorrea mucosa que aumenta a la mitad del ciclo con el aumento de estrógenos y la ovulación. Esto es debido a la hipersecreción del epitelio ectópico produciendo aumento del moco. Los síntomas comúnmente presentes en el ectropión son: sangrado poscoital y por contacto. (3,4) Se ha documentado que el epitelio columnar expuesto, tiene una respuesta de inmunidad celular menor, en comparación con el epitelio escamoso. Mostrando por esto una mayor predisposición de las pacientes con ectropión a enfermedades como HIV y la infección por el virus del papiloma humano. (3,4) El principal origen del ectropión cervical es infeccioso así como factores mecánicos y congénitos; alrededor del 50% de las mujeres con leucorrea crónica presentan dicha alteración. (2, 3,4)

La etapificación del ectropión en cuatro etapas, se basa principalmente en la extensión de la afectación sobre el ectocervix y se clasifica de la siguiente manera: etapa 1 lesiones menores a 1.0 cm; etapa 2 mayores de 1.1 cm pero menores de 2.0 cm; etapa 3 mayores de 2.1 cm pero menores de 3.0 cm y por último etapa 4 aquellas mayores de 3.1 cm. (ver tabla 3)

Las lesiones inflamatorias de origen infeccioso, son la principal causa de eversión glandular, caracterizadas por cuadros de secreción mucopurulenta, seropurulenta, blanca o serosa. La ectopia cervical es común en adolescentes, embarazadas y personas que toman altas dosis de anticonceptivos combinados. La mayoría de los casos tienen regresión espontánea, pero algunos casos pueden ser persistentes. (5,6)

Los microorganismos infecciosos comunes causantes de tales lesiones incluyen: protozoos (*Tricomonas vaginalis*), hongos (*Candida albicans*), crecimiento excesivo de bacterias anaerobias (*bacteroides*, *Peptostreptococos*, *Gardnerella vaginalis*, etc.) otras bacterias (*Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Mycoplasma hominis* y *Escherichia coli*). (3, 4,5, 8).

Vaginosis bacteriana

Este síndrome clínico frecuente y complejo refleja la presencia de flora vaginal anormal. Por razones desconocidas, la relación simbiótica de la flora vaginal cambia y aparece un crecimiento excesivo de bacterias anaerobias como *Gardnerella vaginalis*, *Ureaplasma*, con una reducción considerable o ausencia de *Lactobacillus* que producen peróxido de hidrógeno. (9)

No se considera que este trastorno sea una enfermedad de transmisión sexual, ya que se observa en mujeres que no han tenido relaciones sexuales. (9)

Candidiasis

Es una vaginitis causada casi siempre por *Candida albicans*, que puede encontrarse en vagina de pacientes asintomáticas. Es más frecuente en los climas cálidos y en pacientes obesas. Además, la inmunodepresión, la Diabetes Mellitus, el embarazo y el uso reciente de antibióticos de amplio espectro predisponen a la infección. Se puede transmitir por vía sexual y muchos estudios han reportado una asociación entre la candidiasis y sexo orogenital. Algunos de los síntomas de candidiasis son prurito, dolor y edema. A menudo se acompañan de eritema y edema vulvar con excoriaciones. (9,10)

Tricomoniasis

Esta infección es una enfermedad de transmisión sexual muy frecuente. Se diagnostica principalmente en mujeres, la mayoría de los hombres permanecen asintomáticos. Sin embargo, hasta 70% de las parejas masculinas de mujeres con tricomoniasis vaginal alberga tricomonas en vías urinarias. Este parásito, tiene cierta predilección por el epitelio escamoso y las lesiones facilitan el acceso a otros microorganismos que se transmiten por vía sexual. (9) La tricomoniasis se diagnostica actualmente por medio de pruebas de biología molecular con alta sensibilidad. (9, 10, 11,14)

Neisseria gonorrhoeae

Esta afección a menudo es asintomática. Los factores de riesgo de las portadoras son la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, antecedentes de infección gonocócica, parejas sexuales nuevas o múltiples, falta de uso de condón, uso de drogas y el sexo comercial. La gonorrea sintomática se manifiesta como cervicitis o vaginitis, se acompaña de secreción vaginal abundante, inodora no irritante, y de color blanco o amarillento. *Neisseria gonorrhoeae* invade las células del epitelio cilíndrico y de transición, tornándose intracelular. Por esta razón, el epitelio vaginal no se infecta. Para identificar al gonococo también las pruebas moleculares son ideales para confirmación del diagnóstico y la muestra adecuada debe de provenir del endocérvix. (9, 10,11)

Chlamydia trachomatis.

Este microorganismo es la segunda causa más frecuente de enfermedades de transmisión sexual en Estados Unidos y predomina en mujeres menores de 25 años. Muchas mujeres se encuentran asintomáticas. Este parásito intracelular obligado depende de células del hospedero para su supervivencia. Provoca infección del epitelio cilíndrico y los síntomas reflejan la infección

glandular endocervical, con secreción mucopurulenta o secreciones endocervicales; el tejido endocervical se encuentra edematoso e hiperémico. La inspección microscópica de las secreciones preparadas con solución salina revela 20 o más leucocitos por campo. (9, 10, 15)

Por lo tanto podemos comentar que las infecciones más comunes son causadas por *Candida sp.*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis* y *Chlamydia trachomatis*, cuya frecuencia varían entre las mujeres no embarazadas de 7 a 20,5%, del 2 al 58%, de 9 a 12% y el 8% a 40 respectivamente. (10,11) Estos microorganismos patógenos son capaces de producir cambios inflamatorios en los tejidos del cuello uterino y la vagina, además de la región vulvar y anal. La mucosa cervical y vaginal responde a la infección con una reacción inflamatoria que se caracteriza por daño a las células superficiales. Este daño conduce a la descamación y ulceración, que causa una reducción del espesor epitelial debido a la pérdida de células de la capa superficial y de parte de la capa intermedia. En las capas más profundas, las células sufren tumefacción con infiltración de neutrófilos en el espacio intercelular. La superficie del epitelio está cubierta por desechos celulares y secreciones inflamatorias mucopurulentas. Existe congestión del tejido conjuntivo subyacente con dilatación de los vasos superficiales y papilas estrómicas hipertróficas y dilatadas. (10,11, 15,16)

Herpes virus.

El herpes genital es la enfermedad ulcerosa genital más frecuente y es una infección vírica crónica. El virus penetra en las terminaciones nerviosas sensitivas y se transporta por vía axonal retrógrada hasta el ganglio de la raíz dorsal, donde permanece latente por el resto de la vida. Se supone que ciertos mecanismos inmunitarios regulan la latencia y la reactivación. (9) Existen dos tipos de virus del herpes simple, HSV-1 y HSV-2. El HSV-1 es la causa más frecuente de las lesiones orales. El HSV-2 es más típico de las lesiones genitales, aunque ambos pueden causar herpes genital. Se calcula que el 26% de las mujeres estadounidenses de 12 años y más, ha padecido alguna infección por HSV-2 y 40% son seropositivos para HSV-1. (9) El periodo de incubación es de una semana. Hasta 90% de las personas asintomáticas con infección inicial manifestará otro episodio en el primer año. Las lesiones vesiculares iniciales se acompañan de dolor urente e intenso y síntomas urinarios como polaquiuria, disuria o ambas, cuando las lesiones se encuentran en vulva. El virus infecta a las

células epidérmicas viables y su respuesta consiste en eritema y formación de pápulas. Cuando las células mueren y la pared celular se desintegra, aparecen flictenas. Posteriormente la cubierta se rompe dejando una úlcera por lo general dolorosa. Las tres fases de la lesión son vesícula, úlcera y costra. (9, 11,12)

Virus del papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano (VPH) es un virus de ácido desoxirribonucleico (ADN) de doble hebra icosaédrica y sin envoltura de aproximadamente 55nm de diámetro. Todas las proteínas están codificadas en una de las dos hebras de ADN. Todos los virus del papiloma humano comparten una organización genómica similar que consta de una región genética precoz (E), una región genética tardía (L) y una región reguladora. Las cinco proteínas «precoz» (E1, E2, E5, E6 y E7) son necesarias para la replicación viral y/o la transformación celular. La traslación de las transcripciones de las L1 y L2 estructurales «tardías» y de la copia de la unión E1^E4, se limitan al epitelio diferenciado, donde sucede el ensamblaje viral. Se han identificado y secuenciado por completo más de 100 tipos diferentes de VPH y al menos otros E50 a 100 tipos putativos se han caracterizado parcialmente. Todos los tipos de VPH son epiteliotropos y se requiere un epitelio escamoso totalmente diferenciado para que se complete el ciclo vital del VPH. Aproximadamente 40 tipos de VPH infectan el tracto genital. La infección por VPH de los genitales humanos produce una variedad de estados clínicos incluyendo la infección sintomática, las verrugas genitales, las alteraciones citológicas del cuello uterino y el carcinoma cervical invasivo. Los diferentes tipos de VPH pueden subdividirse en dos categorías, de «alto riesgo» (VPH-AR) y de «bajo riesgo» (VPH-BR) asignadas originalmente en función de si el tipo de VPH podía encontrarse en especímenes de carcinoma. Los tipos de VPH-BR, como el VPH 6 y el VPH 11, se asocian con lesiones benignas hiperproliferativas a las que nos referimos normalmente como verrugas genitales o condilomas acuminados y también producen lesiones cervicales displásicas de bajo riesgo. Los tipos de VPH-AR, como los VPH 16 y 18, producen lesiones displásicas de grado bajo y alto en el cuello uterino incluyendo cáncer invasivo. Se han identificado seis características distintivas del cáncer, que incluyen autosuficiencia en las señales de crecimiento, insensibilidad a las señales anticrecimiento, escapar de la apoptosis, potencial ilimitado de replicación, angiogénesis mantenida e invasión tisular y metástasis. Los productos de los

Virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) apareció por primera vez en los Estados Unidos y desde entonces ha infectado a más de 60 millones de personas causando la muerte de 25 millones. El agente etiológico es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) provocando un estado de inmunosupresión que afecta todos los aparatos y sistemas del organismo y eventualmente conduce a la muerte. En mujeres VIH+, el ADN del VPH es dos a tres veces más abundante en exudados cérvico vaginales en comparación con pacientes seronegativos y existen tasas más altas de infección cervical y anal por el VPH. Tan solo el 5 a 10% de aquellas mujeres que adquieren el VPH desarrollarán una lesión intraepitelial de alto grado y 90 a 95% de las mujeres infectadas no mostrarán evidencia alguna de la infección después de 12 a 36 meses. (12) En pacientes inmunocomprometidas, específicamente por HIV, se han observado índices más altos de infección por el VPH y se ha relacionado con una historia natural diferente al ser mayor la tasa de pacientes en quienes la infección se vuelve persistente y con mayor tendencia hacia el cáncer cérvico uterino.(12) El estado inmunológico de una paciente con la co-infección VPH/VIH influye en la historia natural de la enfermedad al volverse la infección persistente, además de que la inmunosupresión está relacionada con la progresión de lesiones intraepiteliales de bajo grado a alto grado y donde las cuentas CD4< 200/mm³ están asociadas tanto con la incidencia como con la persistencia de la infección (no hay aclaramiento). (12,13)

OBJETIVO DEL ESTUDIO.

La gran diversidad de planteamientos en relación al origen, la fisiopatología, el diagnóstico, clasificación y tratamiento de la evolución glandular en el cuello uterino, nos lleva a proponer diferentes opciones de manejo de acuerdo a su etapificación, aunado con los agentes externos y sistémicos que son capaces de modificar la anatomía exocervical, que influye básicamente para la promoción desde lesiones locales incipientes hasta procesos biológicos de inmunosupresión confirmados, que nos puede llevar desde una lesión premaligna sobre la zona de transformación, hasta una lesión invasora que no fue tratada oportunamente y con toda

seguridad será difícil y costosa de manejar, todo esto repercutirá seguramente en la calidad de vida las mujeres portadoras de esta grave enfermedad. Tomando como premisa que un número importante de las enfermedades que ocurren en el tracto genital inferior en la mujer son multifactoriales, en esta propuesta de etapificación de riesgo de la eversión glandular, tomamos como factor de riesgo predisponente para la promoción de procesos infectocontagiosos agudos y crónicos a la eversión glandular como partícipe en la historia natural de las lesiones que preceden al cáncer cervico uterino.

PROPIUESTA

La historia natural del cáncer cervico uterino, tiene en la persistencia de la infección, en los factores de riesgo junto con el sistema inmunológico de la mujer, la base de la promoción de las lesiones que progresan localmente hacia el cáncer cervico uterino y sus etapas precursoras. Para esta propuesta se llevó a cabo un consenso con el propósito de determinar cuáles son estos factores de riesgo promotores que hacen de la eversión del epitelio cilíndrico endocervical un precedente indudable de múltiples alteraciones que pueden generar una enfermedad extrema, difícil de tratar oportunamente, llegando a los siguientes acuerdos en relación a los factores de riesgo más importantes. En el proceso utilizado para determinar si la eversión glandular como factor riesgo intervino para la progresión a una infección local o hacia una enfermedad preinvasora junto con la validación de la colposcopia, la positividad de la prueba de PCR para virus de alto

riesgo y un factor de inmunosupresión agregado positivo sumados todos llevamos a cabo la estadificación. La información obtenida en el proceso de estadificación determina el estadio de la enfermedad. Es importante conocer la etapa de la enfermedad para planificar el tratamiento. La estadificación antes del tratamiento es el método más preciso para determinar la afectación en tamaño y extensión. Esta estadificación de la eversión generalmente se deberá realizar sólo como parte de una prueba clínica. Este es un proceso importante porque la etapa de ectopia es el factor más relevante para seleccionar el plan de tratamiento más adecuado y con la menor morbilidad. La etapa de eversión no cambia con el paso del tiempo, incluso si esta progresa. Una persona mantiene la misma etapa de diagnóstico, pero se agrega más información al diagnóstico para explicar la condición actual de la enfermedad. Nuevamente comentaremos que en el proceso de estadificación, se pueden utilizar las siguientes pruebas y procedimientos: 1.- La eversión glandular. 2.- Las enfermedades de transmisión sexual con confirmación del agente causal a través de pruebas de laboratorio y/o pruebas de biología molecular. 3.- El estudio colposcópico por la adecuada sensibilidad y especificidad para observar los cambios locales anormales del tracto genital. 4.- La genotipificación de los virus del papiloma humano de alto riesgo y la positividad o no de la prueba del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, lupus, diabetes, etc. Con todos estos parámetros sumados a las diferentes etapas de eversión glandular nos dan un amplio panorama diagnóstico clínico, lo que conlleva hacia un tratamiento temprano, conservador y probablemente definitivo.

Tabla 1. Etapificación de la eversión glandular

	Ectocervix, borde anterior, posterior o ambos			
Eversión total menor a 1 cm	Etapa I			
Eversión total de 1.1 a 2cm		Etapa II		
Eversión total de 2.1 a 3cm			Etapa III	
Eversión total mayor de 3 cm				Etapa IV

Tabla 2. Factores de riesgo m醩 eversi髇 glandular

	Inflamaci髇 leve* (*Colposcopia).	Inflamaci髇 leve* (*Colposcopia) +Cultivo positivo.	Inflamaci髇 moderada.* (*Colposcopia) Cultivo positivo.	Inflamaci髇 severa* (*Colposcopia) Cultivo positivo + VPH-AR positivo + Diagnostico de inmunosupresi髇.	Inflamaci髇 severa* (*Colposcopia) Cultivo positivo + VPH-AR positivo + Diagnostico de inmunosupresi髇.
Eversi髇 Etapa I	a	b	c	d	e
Eversi髇 Etapa II	a	b	c	d	e
Eversi髇 Etapa III	a	b	c	d	e
Eversi髇 Etapa IV	a	b	c	d	e

Inflamaci髇 leve: epitelio coloraci髇>

* Inflamaci髇 moderada: epitelio coloraci髇 > + superficie irregular.

* Inflamaci髇 severa: epitelio coloraci髇 >+ superficie irregular + sangrado al tacto + fisuras.

* Inflamaci髇 severa: epitelio coloraci髇 >+ superficie irregular + sangrado espontaneo + fisuras + formaciones polipoideas.

Tabla 3. Etapificación de riesgo de la eversión glandular

Eversi髇 Etapa I	I a	I b	I c	I d	I e
Eversi髇 Etapa II	II a	II b	II c	II d	II e
Eversi髇 Etapa III	III a	III b	III c	III d	III e*
Eversi髇 Etapa IV	IV a	IV b	IV c	IV d	IV e*

*Evaluaci髇 multidisciplinaria de las etapas de riesgo con inmunosupresi髇.

- Hallazgos colposcopicos (exploraci髇 por colposcopia):** procedimiento mediante el cual se toma una serie de imágenes detalladas de los epitelios, mucosa y piel del tracto genital. Las imágenes son recreadas por un colposcopio binocular, tridimensional que está conectado a un sistema de video y de recolección de imágenes.
- Pruebas moleculares (tipificación del virus del papiloma humano de alto riesgo):** es un procedimiento para la detección del VPH que está reconocido como instrumento útil para la disminución de la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello uterino. Esta prueba tiene una gran sensibilidad y especificidad para la detección del VPH. Los métodos de PCR basados en la amplificación de ADN de VPH poseen una alta sensibilidad para la detección del virus en muestras cervico vaginales. Las técnicas basadas en PCR permiten conocer el tipo específico y las infecciones múltiples, lo que posibilita el seguimiento particular de la persistencia de la infección.
- Cultivo vaginal y pruebas moleculares (pruebas para la identificación de los agentes bacterianos, parásitos y virales)** Los métodos tradicionales para la identificación y tipificación aislada de *Candida*.sp incluye análisis morfológico y bioquímico, morfotipificación de colonias, gram, serotipificación. Un método alternativo de identificación sería una función de las propiedades genotípicas. Métodos de genotipificación se han utilizado ampliamente para la detección y tipificación de cepas de *Cándida* pero se han utilizado con menos frecuencia para la diferenciación de las especies. Recientemente, una combinación de técnicas moleculares se utilizó para analizar aislamientos solo de ocho especies de *Cándida*, lo que permitió la identificación de cuatro especies. Además, la identificación de *Cándida Albicans*, *Cándida Stellatoidea*, *Candida Tropicalis* y *Candida Guilliermondii* también se ha logrado por el polimorfismo de longitud de los fragmentos de restricción (RFLP) del ADN ribosomal (ADNr) (los genes que codifican ARNr) la repetición de las especies de *Candida*

Pruebas de laboratorio para cuantificación de linfocitos CD4(cuantificación de linfocitos CD4

para valorar el estado inmune en pacientes con HIV)

Los linfocitos son las células responsables de las respuestas inmunitarias. Se desarrollan a partir de progenitores linfoides inmaduros y se dividen en dos grandes grupos, linfocitos B y linfocitos T, según que estos progenitores linfoides maduren en la médula ósea (B) o en el timo (T), respectivamente. Las cifras de leucocitos y de linfocitos son variables a distintas horas del día, de día a día y están influenciadas por numerosos factores. La determinación de las cifras por procedimientos automatizados puede presentar una variabilidad entre el 2 y el 5% mientras que por procedimientos manuales puede ser de hasta un 12-25%. La determinación del porcentaje de linfocitos CD4 suele realizarse por citometría de flujo utilizando anticuerpos monoclonales marcados con fluoresceína. La cifra absoluta de linfocitos CD4 se obtiene multiplicando la cifra absoluta de leucocitos por microlitro (ml) por el porcentaje de linfocitos y por el porcentaje de linfocitos CD4. La cifras absoluta y porcentaje normales de linfocitos CD4 oscilan entre 600-1200/ml y 51± 5% respectivamente. Existe una buena relación entre el número absoluto y el porcentaje de CD4 en los pacientes con infección VIH/SIDA; los que tienen menos del 14% de CD4 tienen menos de 200 CD4/ml; entre el 14-28% tienen entre 200 y 500 y los que tienen más del 28% tienen más de 500 linfocitos CD4/ml. La monitorización de las cifras absolutas de linfocitos CD4 es en la actualidad uno de los marcadores biológicos de referencia en el control de la infección VIH/SIDA: sirve como marcador inmunológico para establecer profilaxis de infecciones oportunistas como el VPH.

Factores pronósticos

Existen variables de diversa índole que determinarán un mejor o peor pronóstico para cada paciente de forma individual; inherente a la propia paciente o determinadas por la enfermedad. De este modo, asociado al diagnóstico que es eminentemente objetivo (anatomopatológico), el clínico debe además conocer estos factores que frecuentemente condicionarán sus conductas terapéuticas.

Tabla 4.Tratamiento de la eversión glandular

	Crioterapia	Sonda de Microondas	Esferolisis (Radiofrecuencia)	Laser Vaporización
Etapa I*	Si	Si	Si	No
Etapa II*	Si	Si	Si	No
Etapa III*	Si	Si	Si	Si
Etapa IV*	Si	Si	Si	Si

(*Nunca escisión)

DISCUSIÓN

En la actualidad y de acuerdo a los conocimientos multidisciplinarios, ha quedado bien documentado que los cambios fisiológicos e inmunológicos del epitelio glandular que ocurren en su forma de eversión durante la pubertad y el periodo reproductivo de la mujer, predisponen a un incremento del riesgo de infección por VPH y su progresión latente.(15,16) Las mujeres entre las edades de 19 y 35 están en riesgo de un gran número de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la clamidía, gonorrea, la inmunodeficiencia humana virus (HIV), y el virus herpes simple (VHS). El virus del papiloma humano (VPH) es la ITS más común entre las mujeres en este grupo de edad. La tasa de infección es alto en el entre estas jóvenes y adultas jóvenes debido a su comportamientos sexual en la adolescencia. Por lo que algunos servicio preventivos recomiendan que todas las mujeres sexualmente activas de 25 años o más deben someterse a las pruebas anuales para detectar la clamidía y la gonorrea. (17,18) De acuerdo con las directrices internacionales, la detección de la clamidía se debe realizar mediante el uso de amplificación de ácidos nucleicos que es una prueba basada en el análisis de ácido desoxirribonucleico (ADN). Debido a la creciente resistencia a los antibióticos de Neisseria gonorrhoeae, el agente causante de la gonorrea, se debe determinar adecuadamente para un tratamiento definitivo. Muchos médicos prefieren la

comodidad de la utilización de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en el cribado tanto para la clamidía y la gonorrea, así como en pruebas de reflejo para las cepas oncogénicas de VPH. Los expertos recomienda que las poblaciones de alto riesgo que son las mujeres de 25 años de edad o más, reciban el beneficio de las pruebas serológicas anuales incluyendo principalmente la prueba de sífilis. También se ha informado que mujeres infectadas por los múltiples agentes, con enfermedades inmunosupresoras y el VPH, muestran mayor persistencia y progresión de la infección durante el periodo reproductivo y después de este; sin embargo, no se encuentran bien reconocidos los mecanismos por medio de los cuales la eversión modifica el riesgo de la infección, la persistencia y progresión a lesiones clínicas. (17,18) Como ya se ha señalado, el estado de depresión inmunológica es un factor determinante para la aparición de lesiones cervicales. Las pacientes HIV positivas con cuentas de CD4+ menores de 200 cel/mm³ la prevalencia de lesiones intraepiteliales es mas frecuente. (17-18) En este estudio se toma en cuenta el efecto promotor carcinogénico del las enfermedades autoinmunes, que pueden afectar la respuesta del epitelio cervical, se acepta que también está relacionado con estilos de vida. Respecto a la técnica de laboratorio que se empleó, la prueba de PCR par determinar el ADN

de los 14 subtipos del virus del papiloma de alto riesgo mediante una prueba automatizada muestra mayor sensibilidad que los estudios tradicionales.(18) Como ya lo señalamos previamente las mujeres en plenitud de la actividad sexual estn en riesgo de un gran número de infecciones de transmisión sexual (ITS). Se ha señalado que la transmisión heterosexual de VIH es responsable de un aumento rápido de número de casos en los grupos de riesgo como el afroamericano e inmigrantes latino-americanos. Por lo tanto, detección de VIH se debe ofrecer a todas mujeres con todos los factores de riesgo antes mencionados. En todos los protocolos clínicos institucionales para enfermedades de transmisión sexual, deben de considerarse la prueba de clamidia, de gonorrea, las pruebas del VIH y la de hepatitis B. Sin embargo, la detección de la hepatitis C no estn indicado a menos que las mujeres estn inmunodeprimidas.(18) Algunas pruebas en las secreciones cervicales de pacientes de sexo femenino para HSV y otros agentes infecciosos más, ya se estn utilizando pruebas con una alta sensibilidad con la tecnología de PCR. Este tipo de pruebas se deben de hacer para identificar a las mujeres que se encuentran de forma asintomática transmitiendo entre el HSV, todo esto con el propósito de aplicar una terapia antiviral oportuna. (18)

La colposcopia se basa en la evaluación de todos los hallazgos, como son las características de las

BIBLIOGRAFÍA

1. Sellors J, Sankaranarayanan R, *Colposcopy and treatment of cervical intraepithelial Neoplasia. Beginners manual*, 2003.
2. Joseph A, Jordán, A. Singer, *Decidual ectopy of the uterine cérvix*.2da edición, año 2006, paginas 122-135.
3. De Palo G, S. Dexheus, W. Chanen, *patología y tratamiento del tracto genital inferior*, 2da Edición, Masson 2007
4. Matiluko D, *Cervical Ectropion. Parte 1. Trends in urology gynaecology and sexual health* Mayo-junio 2009.
5. Junior JE, Giraldo PC, *EctropionCervcial Uterino en mujeres en edad reproductiva. Citología y hallazgos microbiológicos*, Mayo 2014, Universidad Federal de Ceara.
6. Hernández M, O. Rodríguez, et, al. *Factores de riesgo asociados a alteraciones histológicas del aparato genital en pacientes del primer nivel de atención*, Volumen 77, 2009, Estado de México, pág. 451 – 454.
7. Trejo OS, López J, et.al, *Etapificación de riesgo de la eversión glandular de cuello uterino, articulo original*. Rev. Fac. Med. UNAM 25-27.2007
8. Silva H, et, al. *Lesiones premalignas en cérvix en pacientes con ectopia cervical y citología negativa para malignidad en el centro de patología cervical del hospital Susana López de*

zonas acetoblancas, las imágenes vasculares, el cambio de coloración después de la aplicación de lugol, las características superficiales como la ulceración y los signos de otro tipo, como sangrado al tacto, naturaleza del exudado cervical y vaginal.

Con todos estos antecedentes bien reconocidos, sumados a la eversión glandular del cérvix, se justifica una etapificación de riesgo para neoplasia intraepitelial, en la que conjuntando todos estos elementos que favorecen la progresión de la enfermedad, se puede fundamentar esta evaluación, que nos permitirá etapificar su estado clínico y así planear un tratamiento conservador oportuno y que con toda seguridad tendrá un pronostico favorable.

CONCLUSIÓN

Los tratamientos actuales de mínima invasión para la eversión glandular y la neoplasia intraepitelial cervical en su etapa de bajo riesgo, son las etapas clínicas mas recomendable para llevar a cabo un procedimiento ambulatorio, el cual se puede llevar a cabo en un consultorio medico bien equipado, con todas las medidas de seguridad y con personal medico capacitado. Toda esta logística tiene como consecuencia una baja morbilidad y una respuesta al tratamiento oportuno con un ´ndice de curación alto en porcentaje. (Tabla 4.)

Valencia en Popayán-Cauca, Octubre 2008,
Colombia.

9. Schorge O, et.al. *Williams de Ginecología, Infecciones ginecológicas*, Mc Graw Hill, 2009, páginas 49 – 83.
10. Gazi H, S. Surucuoglu, et, al. Prevalencia de *C. Trachomatis/N. Gonorrhoeae* y el virus del papiloma humano entre las mujeres de riesgo y sus conocimientos sobre el VIH/SIDA, en la región egea de Turquía, *West Indian Med 2008*, Turquía, pág. 398 – 402
11. Zhao Y, X. Cao, et, al. Relación entre enfermedad cervical e infección por virus del papiloma humano tipo 16, 18 y herpes virus tipo 1, 2. *Journal of medical virology 2012*, Whuan, China, pág. 1920 – 1927.
12. Herrera J, H. Orea MD, Et, al. Factores de riesgo para la infección cervical por VPH en pacientes VIH+, atendidas en el CAPASITS del hospital General de Puebla, México, Universidad Autónoma de Puebla, Diciembre 2009.
13. Ostegren P, F. Nwaokorie, et, al. The Burden, distribution and risk factors for cervical

oncogenic human papilloma virus infection in HIV positive Nigerian Women, *Virology Journal 2014*, pag. 3 – 24.

14. Huppert J. Trichomoniasis in teens: an update. *CurrOpinObs Gynecol. Año 2009*, páginas 371–8.
15. Zbroch T, Knapp P, Blorínska E, et.al, Estilo de vida, infección por chlamydia *Trachomatis*, vaginosis bacteriana y su impacto en la frecuencia de lesiones cervicales. Julio 2004.
16. León G, O. de Jesús. infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino bosques diego Rev. cubana obstetricia y ginecología, 2005.
17. Barba S. Apgar, Gregory L. Brodzman, et.al, *Colposcopia principios y prácticas*, Segunda edición, España 2009, Pág. 21 – 22.
18. Paul M. Krueger, Screening for sexually transmitted infection and cervical cancer en young women, *Women and Wellness*, New Jersey, Pág. 1 – 9.



Hospital Regional Lic. "Adolfo Lopez Mateos" ISSSTE, Cd. De México.

Articulo original

Nivel de evidencia III

“Resultados colposcópicos en adolescentes del sur de Veracruz”

Teresa Franco Cárdenas*. Rafael Soriano Pita**.

* Médico Pediatra, Diplomado en Adolescencia, con cursos de Ginecología Infanto-Juvenil

** Medico Gineco-obstetra, Jefe del Depto. de Colposcopia del Hospital Regional “Valentín Gómez Farías” (In Memoria)

Servicio de Colposcopia del Hospital Regional “Valentín Gómez Farías”, Coatzacoalcos, Veracruz.

Correspondencia: Dra. Teresa Franco Cárdenas, Madero No. 3105, Coatzacoalcos, Ver. Email: terefrancard@yahoo.com.mx

RESUMEN

Introducción: En estudios realizados en adolescentes, se ha observado un aumento en la prevalencia de anomalidades cervicales inducidas por el Virus del Papiloma Humano (VPH). **Objetivo:** Enumerar características demográficas y hallazgos colposcopicos de las adolescentes que acudieron al Servicio de Colposcopia del Hospital Regional “Valentín Gómez Farías” de Coatzacoalcos, Veracruz. **Material y Métodos:** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se analizaron expedientes de adolescentes atendidas desde Enero a Diciembre del 2011, indagando: edad, menarca, Inicio de relaciones sexuales (IRS), aplicación de Vacuna contra el VPH, número de parejas sexuales y embarazos, métodos anticonceptivos (MAC), motivo de consulta, uso de substancias (alcohol y/o tabaco), escolaridad, hallazgos colposcopicos e histopatológicos. **Resultados:** Se estudiaron 61 pacientes, enviadas al servicio en el 77.1 % por alteraciones citológicas; la edad promedio de las adolescentes fue de 17.6 años, promedio del IRS de 15 años, con una mediana de 3 años entre la menarca y el IRS. Un 61.7% (37/61) menciono tener solo una pareja sexual, 30% (18/61) dos parejas y 5/61 (8.3%) tres o más. Ninguna recibió Vacuna contra el VPH. Un 34.4% no usaron ningún MAC y sólo 8/61 (13.1%) usaban preservativo. Una gestación fue reportada por 38 pacientes (62.3%), ninguna en 15 (24.6%), dos el 13.1% (8 adolescentes). Los hallazgos colposcopicos: Lesiones benignas, en 10 (16.39%) eversión glandular. En 41 pacientes se encontraron lesiones premalignas: en 38/61 (62.2%) cambios menores y en 3 (4.9%) cambios mayores. **Conclusiones:** Encontramos resultados colposcopicos y algunos demográficos semejantes a los reportados. Es necesario realizar más investigaciones para saber qué factores están presentes en adolescentes con lesiones intraepiteliales de alto grado (LIEAG).

Palabras clave: Colposcopia, adolescencia factores relacionados a lesiones cervicales.

ABSTRACT

Introduction: In analysis performed in women adolescents, there has been identified an increase in the prevalence of cervical abnormalities induced by Human Papillomavirus (HPV). **Objective:** Enumerate colposcopic findings and demographic characteristics of women adolescents who attended the Colposcopy Service at the Regional Hospital “Valentín Gómez Farías” of Coatzacoalcos, Veracruz. **Materials/Methods:** Descriptive, retrospective and cross sectional study. The records of adolescent patients from January to December 2011 were analyzed, inquiring about age, menarche, beginning of sexual activity (BSA), application of HPV vaccine, number of sexual partners and pregnancies, contraceptive methods (CM), reason for consultation , substances use (alcohol and/or tobacco), schooling, colposcopic and histopathologic findings. **Results:** The study was performed with a sample of 61 patients received at the Colposcopy Service, 77.1% because of cytological abnormalities; the average age of the adolescents was 17.6 years; average BSA was 15 years old, with a median of 3 years between menarche and the BSA. 61.7% of the sample (37/61) declared having only one sexual partner; 30% (18/61), two sexual partners; and 8.3% (5/61) three or more partners. None have received the HPV vaccine. 34.4% did not use any CM and only 8/61 (13.1%) used condoms. 38 patients (62.3%) stated that they have been pregnant once; 15 (24.6%) have never been pregnant; and 8 adolescents (13.1%) have had two pregnancies. The colposcopic findings: benign lesions, 10 (16.39%) with glandular eversion; premalignant lesions in 41 patients, 38/61 patients (62.2%) with minor changes and 3 patients (4.9%) with major changes. **Conclusions:** We found colposcopic and demographic results similar to those reported previously. Further research is needed to find out what factors are representative in adolescents with HSIL. **Keywords:** colposcopy, adolescence, factors related to cervical lesions.

INTRODUCCIÓN

El Cáncer Cervicouterino (CaCu), está asociado a la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH), el cual se transmite sexualmente. El riesgo para contraer el VPH es alto en las adolescentes. El estudio citológico con tinción de Papanicolaou (Pap) es una medida de prevención secundaria para prevenir el CaCu; el método diagnóstico por excelencia para saber el grado de afección cervical pre-invasiva o cáncer es el histopatológico, pero para que éste último sea útil y confiable la Colposcopia es importante, ya que permite visualizar la localización y extensión de las lesiones para orientar a una toma de biopsia y confirmar el grado de la lesión.^{1, 2, 3, 4}

En México, al igual que en muchos países en vías de desarrollo, el CaCu es un problema de Salud Pública. En la República Mexicana, hasta el año 2005, el CaCu fue la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer; después de esta fecha fue desplazado por el cáncer de mama. En 13 estados de nuestro país, entre ellos Veracruz, sigue siendo la primera causa de mortalidad, sobre todo en grupo de 35 a 44 años. Hasta la fecha no hay ningún reporte de CaCu en menores de 20 años^{1, 2}

Está aceptado y comprobado que el factor etiológico del CaCu es el VPH, además de otros factores presentes en la mujer^{1, 2, 3, 4}. La infección por VPH es considerada una ITS transmitida por contacto directo (piel a piel) y a nivel de cuello uterino es necesaria la penetración del VPH a través de microabrasión a la mucosa¹, aunque se refieren casos de infección genital por VPH en ausencia de actividad sexual.⁴ El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) reporta que la ITS más frecuente es la producida por el VPH con una prevalencia de 18%.² Un estudio reciente en Estados Unidos mostró que casi la mitad de las mujeres sexualmente activas, entre 20 a 24 años, tenían infección por VPH con una prevalencia de 80%. La edad donde se presenta mayormente la infección es entre los 15 y 19 años, y en el 70% de los casos ésta se adquiere dentro de los primeros 5 años posteriores al IRS.³ Widdice menciona que las infecciones cervicales ocurren al poco tiempo del IRS y que el tener una nueva pareja aumenta las probabilidades de adquirirla.⁴

Las adolescentes son más susceptibles a adquirir la infección por el VPH porque tienen: 1.- Inmadurez inmunológica local, 2.- Presencia de eversión o ectropión cervical. 3.- Escaso moco cervical (ciclos anovulatorios) y, 4.- Por su conducta sexual: mayor número de parejas y el no uso de MAC de barrera.^{1, 3, 5, 6}

Los VPH tipos 16 y 18 (de alto riesgo oncológico) son los agentes causales del CaCu, además se les ha asociado a tumores en otras partes del tracto genital inferior: vulva, vagina, ano, pene, cavidad bucal y laringe.^{1, 3} Otros VPH considerados de bajo riesgo, los tipos 6 y 11, son los causantes de las verrugas genitales (Condilomas). Los VPH, tanto los de bajo como alto riesgo, pueden causar cambios citológicos en el cuello, visibles a través de la colposcopia^{1, 2, 3, 4} comprobados por estudio histopatológico.

La infección por VPH es transitoria en la mayoría de las mujeres; en un 70-93% de los casos la infección no se detecta.^{1, 2, 3, 4, 5}

Importante es tener en cuenta que no todas las mujeres infectadas por VPH desarrollan lesiones intraepiteliales (LIE), sólo 1 de cada 4. La presencia de LIEBG (Lesión Intraepitelial de Bajo Grado) no es indicativo de enviar a una adolescente a Colposcopia pues las posibilidad de encontrar una LIEAG (Lesión intraepitelial de alto grado) es baja.^{3, 5}

En Estados Unidos han sido diagnosticados casos de CaCu en mujeres menores de 20 años: reporta 01/100000 casos en mujeres de 15 a 19 años, y 1.5/100000 en el rango de 20 a 24 años.³ En el 2006, Monteriro, y cols., en Brasil, reportaron un caso de CaCu en una adolescente de 18 años y encontraron como factores asociados a la presencia de LIEAG: La edad y el número de embarazos.⁶ En el 2009, Gançalves, C. y cols., reportan un caso de CaCu microinvasor en una paciente de 14 años y mencionan que el único factor de riesgo encontrado fue el IRS en forma temprana.⁷

Widdice, Moscicki y cols., después de haber realizado en las últimas décadas estudios epidemiológicos y de historia natural de la infección por VPH en población adolescente y comparar sus resultados con los reportados en mujeres adultas, descubrieron que son diferentes. Esto trajo como consecuencia que a partir del 2008, se haya sugerido el tamizaje y manejo para las adolescentes con infección por VPH en forma diferenciada.⁴

En cuanto al abordaje diagnóstico para detectar lesiones cervicales en adolescentes, se sugiere que la toma de citología cervical (Pap) se realice a los 3 años de IRS o los 21 años de edad, a excepción de que la adolescente tenga: antecedente de abuso sexual, tratamiento con drogas inmunosupresoras, o bien, la presencia de una enfermedad que produzca inmunosupresión (diabetes mellitus, SIDA, lupus, etc.).^{2, 4} En cuanto a la realización de Colposcopia y toma de biopsia, ésta se indicará en adolescentes que presentan LIEAG, y en

aquellas con LIEBG el estudio deberá individualizarse.

OBJETIVO

Conocer las principales características socio-demográficas (factores de riesgo) y enumerar los hallazgos colposcópicos en adolescentes enviadas de los diferentes Centros de Salud de la Jurisdicción Sanitaria No. XI al Hospital Regional "Valentín Gómez Farías" de la Ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz, y compararlos con resultados de otras investigaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Se incluyeron adolescentes de 10 a 19 años que fueron referidas al Servicio de Colposcopia del Hospital Regional de Coatzacoalcos, Ver., en el turno matutino. Se analizaron los expedientes de 61 pacientes que acudieron de Enero a Diciembre del 2011. A todas las pacientes se les efectuó colposcopia por personal capacitado (Colposcopista del Servicio). Se estudiaron: edad, motivo de consulta, aplicación de vacuna contra el VPH, edad de la menarca, uso de MAC, número de parejas, gestas, escolaridad, estudio de citología, hallazgos colposcópicos e histopatológicos. Los datos se capturaron en hoja de cálculo para la realización de estadística descriptiva: porcentajes, frecuencia y medidas de tendencia central.

El protocolo de la investigación fue aceptado y autorizado por el Departamento de Enseñanza del Hospital.

RESULTADOS

De las 61 pacientes estudiadas, el 11.47% (7) tenían entre 10 y 15 años (adolescentes tempranas) y el 88.5% (54) eran adolescentes tardías (16 a 19 años).

Ninguna adolescente había recibido ninguna dosis de vacuna contra el VPH. La media de la edad de las adolescentes estudiadas fue de 17.6 años. El promedio de edad de la menarca fue de 12 años. El IRS entre los 11 y 17 años, con un promedio de 15.1 (Ver tabla No. 1) y una media de 3 años entre la menarca y el IRS.

Los motivos por los cuales las adolescentes fueron enviadas al Servicio se enumeran en la Tabla No. 2, siendo el más frecuente el de tener una Citología (Pap) alterada. Cabe comentar que más del 60% de las pacientes tenía 1 a 2 años de IRS, y solo una

Tabla No. 1- EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

IRS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11	1	1,7%
12	1	1,7%
13	6	10,0%
14	8	13,3%
15	21	35,0%
16	13	21,7%
17	10	16,7%
TOTALES :	60	100,0%

Tabla No. 2. MOTIVO DE CONSULTA

Motivo de consulta	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alteraciones en la Citología	47	77.1%
Condilomatosis genital	12	19.7%
Revisión de biopsia	1	1.6%
Granuloma perineal postepisiotomía	1	1.6%
TOTALES :	61	100.0%

paciente de 17 años con VIH positiva fue enviada con el diagnóstico de Condilomatosis Perineal.

Con respecto al número de parejas sexuales: el 61.2% (37) refería una; 18 adolescentes (29%), dos parejas; y 3 ó más, un 8.1%. En cuanto a la escolaridad: 38 adolescentes tenían más de 6 años de instrucción (ver tabla No. 3). El estado civil referido por las pacientes: 24 de ellas vivían en unión libre (39.1%) mientras que el 36.1% se declararon solteras (ver grafica No. 1). En cuanto al número de gestaciones: Nulíparas, 15 (24.6%); una gestación, 38 (62.3%); 2 gestaciones, 8

Gráfica No. 1.- ESTADO CIVIL

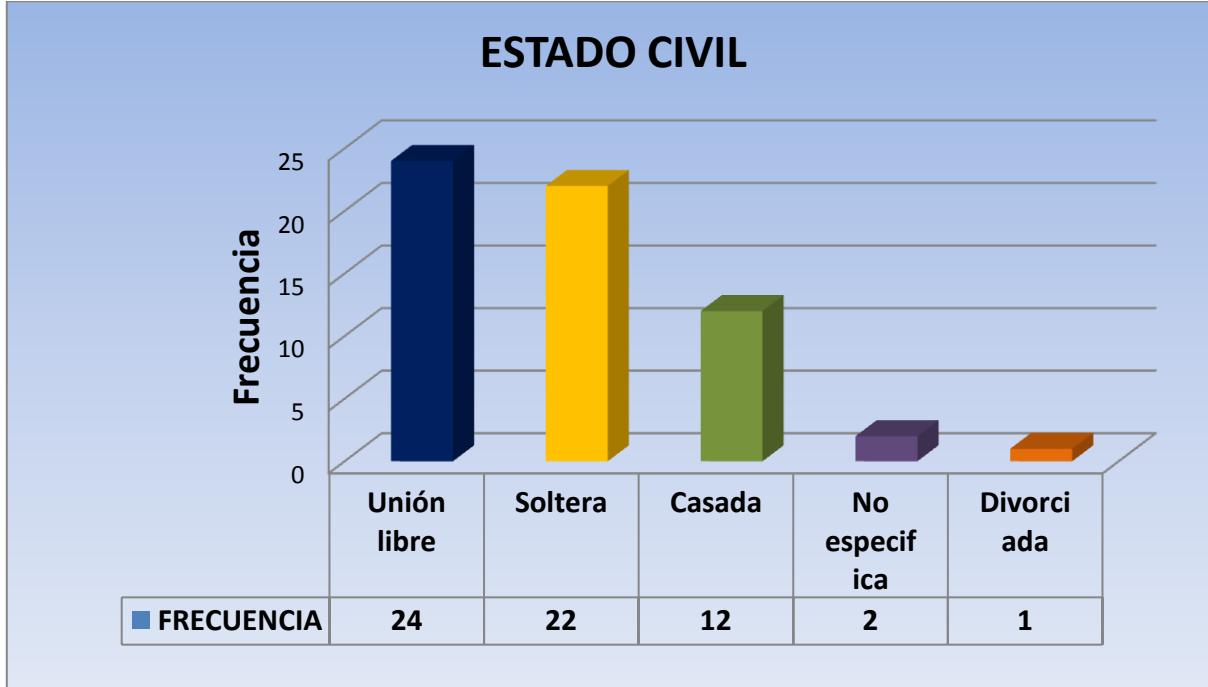


Tabla No. 3.- ESCOLARIDAD de las pacientes estudiadas.

Escolaridad	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Secundaria	19	31,1%
Preparatoria	19	31,1%
Primaria	15	24,6%
No específica	4	6,6%
Analfabeta	2	3,4%
Escolaridad técnica	1	1,6%
Licenciatura	1	1,6%
	61	100,0%

(13.1%); ninguna refirió más de 3 embarazos. La edad promedio de las adolescentes con una gestación fue de 16.5 años, y en aquellas pacientes con 2 gestas el promedio de edad del primer embarazo fue de 15 años.

Sobre el uso de métodos anticonceptivos: 21 adolescentes no utilizaban ningún método; 13.3% declararon usar preservativo (método de barrera); en cuanto a las que ya habían tenido embarazos, el DIU (colocado después del parto o

la cesárea) o los métodos hormonales eran los más usados.

El consumo de alcohol fue referido por 2 pacientes (3.2%) y sólo 3 (4.9%) mencionaron consumir tabaco. Acerca de la ingesta de alcohol, así como del consumo de tabaco, el tiempo y cantidad de consumo no se precisó. En cuanto a escolaridad más del 60% de las adolescentes tenían más de 6 años de instrucción (ver tabla No. 3).

Los resultados colposcópicos, según la nomenclatura de Barcelona 2002, reportaron: En 8 pacientes (13.1%) se reportó normal; la lesión benigna más frecuente fue la eversión glandular (10 pacientes (16.3%); en cuanto a lesiones premalignas: Cambios menores en 38 casos (62.2%) y cambios mayores en 3 casos (4.9%) (Ver tabla No. 4).

Se efectuaron 19 tomas de biopsia para estudio histopatológico, 16 muestras realizadas con pinza (en sacabocados), y otras 3 tomadas por electrocirugía (cono). La concordancia citológica/histológica en las LIEBG que se consideró necesario el estudio histológico fue de 100% (LIEBG citología y NIC1 por histología), pero en las LIEAG esta concordancia fue sólo del 60% (5 LIEAG citología y 3 NIC 2 por histología). En el estudio realizado con 702 adolescentes por

**Tabla No. 4 HALLAZGOS COLPOSCOPICOS,
Resultado normal en 8 pacientes (13.3%).**

I.-Lesiones benignas:	Numero	Porcentaje
- Eversión glandular	10	16.3%
- Condilomatosis perineal	2	3.27%
II.- Lesiones premalignas		
- Cambios menores (NIC1)	38	62.2%
- Cambios mayores (NIC 2)	3	4.9%

Tabla No. 5 Edad de IRS y número de compañeros sexuales según la presencia de LIEBG o LIEAG

Lesión	Pacientes	IRS < 15 AÑOS	Dos o más compañeros sexuales
LIEBG (NIC 1)	38	16 (42.1%)	15 (39.5%)
LIEAG (NIC 2)	3	3 (100%)	2 (66.7%)
LIEAG (NIC 3)	0	-----	-----

Monteiro, en Brasil, la citología coincidió con la histopatología en el 63.8% pero no precisa si fue en casos solo de LIEAG ó LIEBAG ó en ambos.⁶

Cabe comentar que la muestra de este estudio es pequeña sin embargo, realizando algunas comparaciones del IRS y número de compañeros sexuales de las adolescentes con LIEBG y LIEAG, se observó lo siguiente (Ver tabla No. 5).

DISCUSIÓN

Hay pocos artículos que traten sobre la presencia de cambios colpocitológicos exclusivos en adolescentes. En los encontrados, algunos mencionan edades que abarcan hasta los 24 años, es decir, adolescentes y adultas jóvenes, pero todos ellos reportan una alta incidencia de LIEBG y un aumento en LIEAG en estas pacientes.

De los 61 casos reportados: 7 (11.4%) eran adolescentes en etapa temprana (10 a 15 años) y 88.5% (54) eran adolescentes tardías (16 a 19 años). En un estudio realizado en el estado de México, entre el 2009 y 2010, las adolescentes tardías también representaron la mayoría de la muestra.⁹

La edad de IRS en promedio fue de 15.1 años, un 83.3% de las pacientes fue sexualmente activa antes de los 17. Echeverría, C., y cols., reportan el IRS antes de los 17 años en un 72.72%, y una edad promedio de IRS de 16.4 años.⁹

El tiempo entre la menarca y el IRS en este estudio tuvo una mediana de 3 años. Monteiro, D. y cols. (en Brasil) reportaron un intervalo de 2.6 años.⁶

Acerca del número de parejas, en nuestro estudio registramos que 37 pacientes (61.7%) tenían una sola pareja; entre 2 y 3 parejas, un 33.3% (20); y más de 3, sólo 3 casos (5%). Echeverría, C., y cols., registraron: 58.18% con sólo una pareja; de 2 a 3, un 22.7%; más de 3, un 19%.⁹

Con respecto al uso de MAC (Métodos anticonceptivos), en este estudio: 34.4% declaran no usar ninguno; 13.3% usan preservativo; 18 (29.5%) DIU (colocado después del parto o cesárea); 86.9% de la muestra estudiada no usa MAC de barrera. Echeverría refiere un 40% de uso de método de barrera (preservativo).⁹

El 24.6% (15) de las adolescentes no había tenido gestaciones; 38 pacientes (62.3%) habían tenido una sola gesta, 8 pacientes (13.3%) declararon 2 gestas, mientras que ninguna refirió 3 embarazos o más. En el estudio presentado por Echeverría, de 110 pacientes, el 30.9% de la muestra declaró nunca haber estado embarazada, 43.63% de la muestra reportó una gesta, 10.9% de 2 a 3, mientras que el 14.54% declaró más de 3 embarazos.⁹ Con respecto al número de gestaciones en el trabajo de Monteiro y Cols., se menciona que por cada nuevo embarazo, las probabilidades de una LIEAG o un CaCu aumentan 2.2 veces.⁶

En relación al uso del tabaco, en el presente estudio se reporta un número de respuestas positivas 10 veces menor que aquel de la población estudiada por Echeverría.⁹

Sobre el estado civil: 39.3% (24) viven en unión libre y 36.1% (22) son solteras (ver gráfica 1). La escolaridad en 40 pacientes (65.57%) es mayor de 6 años. Con respecto a los dos datos anteriores (escolaridad y estado civil, Monteiro y cols. no consideran significativos estos factores para el desarrollo de una LIE (lesión intraepitelial).⁶

Los resultados colposcopicos, en la mayoría de los casos con cambios menores, resultan coincidentes con los encontrados por otros autores.^{6,7,9}, pero las lesiones de alto grado fueron más altas que lo reportado por Monteiro.⁶ y más baja a lo hallado por Echeverría.⁹

CONCLUSIONES

Es necesario investigar más sobre los factores de riesgo que facilitan la presencia de LIEAG o CaCu, en adolescentes. Las adolescentes mexicanas necesitan una atención diferenciada en algunos problemas ginecológicos, sobre todo en el manejo y seguimiento de las lesiones

cervicales. Es necesario insistir en medidas preventivas, sobre todo en la buena información en temas de salud reproductiva y en el razonamiento de ésta.

Notas relacionadas:

Este artículo fue enviado por sus autores para ser publicado en ésta revista y previamente apareció con ciertas modificaciones en la página de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica y del Caribe (CODAJIC), habiéndose presentado en el Primer Congreso Virtual (realizado por CODAJIC) en el 2012.

AGRADECIMIENTOS:

Al Ing. Miguel Cisneros R. y a J. Miguel y Cynthia L. Cisneros Franco por el apoyo brindado en la elaboración de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sam-Soto S, Ortiz de la Peña A, Lira-Plascencia J. Virus del Papiloma humano y adolescencia. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:214-24.
2. Kably-Ambe A, Ruiz-Moreno JA, Lazcano-Ponce E, Vargas-Hernandez VM, Aguado-Perez RA, Alonso P. Consenso para la prevención del cáncer cervicouterino en México. *Ginecol Obstet Mex* 2011;79:785-7.
3. Sanchez B. *Ginecología Infantojuvenil*. 1 ed. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2011.
4. Widdice LE, Moscicki AB. Updated guidelines for papanicolaou tests, colposcopy, and human papillomavirus testing in adolescents. *J Adolesc Health* 2008;43:S41-51.
5. Parra P. Características de la infección por virus papiloma humano en la adolescencia y su manejo. *Rev Soc Chil Obstet Ginecol Infant Adolesc* 2009;16:11-6.
6. Monteiro DL, Trajano AJ, da Silva KS, Russomano FB. Pre-invasive cervical disease and uterine cervical cancer in Brazilian adolescents: prevalence and related factors. *Cad Saude Publica* 2006;22:2539-48.
7. Goncalves CV, Quintana SM, Marcolin AC, et al. Microinvasive carcinoma of the uterine cervix in a 14-year-old adolescent: case report and literature review. *Sao Paulo Med J* 2009;127:105-7.
8. NOM. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994 Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del Cáncer Cervicouterino. In; 1998.
9. Echeverría-Miranda CA, Hurtado-Estrada G, Pardo-Morales RV. Hallazgos colposcopicos en pacientes adolescentes. *Arch Inv Mat Inf* 2011;3:53-8.
10. Martinez-Chang YM, Sarduy-Napoles M. Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical. *Rev Cubana Invest Biomed* 2006;25.

Mesa Redonda

GUIAS Y TENDENCIAS EN EL MANEJO DE LAS LESIONES ESCAMOSAS INTRAEPITELIALES DEL CERVIX UTERINO (LEIBG y LEIAG)



Organizada por del Colegio de Médicos Gineco-Obstetras del Estado de Jalisco,
Presidente: Dr. Jorge Alejandro Michel Vergara.

Coordinador: Dr. Hugo Briseño Hanon

Fecha: 27 de Mayo 2014. Sede: Cámara de Comercio de Guadalajara.



Moderador: Dr. Hugo Briseño Hanon¹

Participantes: Dr. Alfredo Ávila Toscano², Dr Juan Carlos Cantón Romero³, Dr. Juan Enrique Guinto Balanzar⁴, Dr. Roberto Guzmán Martínez⁵, Dr. Ricardo Alejandro Lúa Alvarado⁶.

1.Jefe del servicio de Ginecología y Obstetricia, y responsable de la unidad de Colposcopia, del Hospital General de Zapopan.

2.Médico Especialista en Anatomía Patológica. Hospital Ángeles del Carmen.

3.Oncológico del Centro Médico Nacional de Occidente, Unidad Médica de Alta especialidad (UMAE) IMSS.

4.Ginecólogo –Obstetra, Colposcopista. Profesor titular del curso de adiestramiento en colposcopia Hospital Gral. de Zona #89, IMSS (2000- 2012).

5.Gineco-obstetra, Colposcopista. Jefe de la Clínica de Colposcopia CAME, Presidente Fundador de la Asoc., Jaliscience de Colposcopia A.C.(2000).

6.Gineco- Obstetra, Colposcopista, Jefe de enseñanza del curso de especialidad en Ginecología y Obstetricia en el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías del ISSSTE.

Introducción, Dr. Hugo Briseño Hanon:

La mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y con bajo riesgo de progresión. El manejo usualmente es expectante. La infección persistente entre 1 y 2 años predice fuertemente el riesgo de NIC 3 o cáncer. Los genotipos VPH parecen ser determinantes en la persistencia y progresión, el VPH 16 acontece en 55-60% de los CA CU en todo el mundo. Hemos convocado a un grupo de expertos profesores en el conocimiento de las lesiones escamosas intraepiteliales del cérvix uterino, quienes nos aportaran su opinión acerca del tema abordado.

Respuestas del Dr. Roberto Guzmán Martínez:

1.- ¿La citología cervical sigue vigente como parte de la detección del CA CU y sus lesiones precursoras?

Sin duda alguna a nivel masivo la citología cervical es el método más utilizado para el cribado en la población para la prevención y detección oportuna de lesiones pre-malignas del cérvix uterino. Es un método que aunque tiene un porcentaje importante de falsos negativos, continúa siendo el método más importante para la detección oportuna de Ca. Cu. A nivel masivo, tomando en cuenta su bajo costo, poca infraestructura y relativamente fácil de llevar a cabo.

2.- ¿En una LEIBG en que casos propone la observación? Como alternativa de manejo.

Pacientes adolescentes, sobre todo.

Pacientes accesibles para un adecuado control citológico y colposcópico.

Pacientes que no cursen con enfermedades con inmunocompromiso.

3.- ¿En qué casos de LEIBG opta por el tratamiento conservador? Y cuando usar un método y cuando otro.

Pacientes con persistencia de la lesión por 2 o más años.

Con antecedentes de Lesiones de Alto Grado.

Pacientes con patología de fondo que origine inmunocompromiso.

Pacientes con edad mayor a 30 años y presencia de virus con alto poder oncogénico.

Tratamiento conservador hablando de métodos destructivos, ya sea esferolisis, vaporización con rayos laser o crioterapia:

- En pacientes que no tengan discrepancia cito-colpo-histológica.
- Cepillado o curetaje de canal endocervical negativo y “que no sean adolescentes”.
- Que la lesión no se insinúe en el canal endocervical.

- En pacientes en quienes planeé tratar con crioterapia, tienen que tener un cérvix con superficie regular y que las lesiones no lleguen a los límites de los fondos de saco, ya que se requiere un halo de varios milímetros más allá del límite de la superficie de la criosonda para que sea adecuada y en estas condiciones podría existir riesgo de necrosis de los fondos de saco, incluso fistulas.

El rayo laser se puede utilizar con la misma eficacia que la crioterapia y la electrocoagulación con esfera, tal vez con ventaja en cuanto a la rápida recuperación por mayor control de la profundidad.

4.- ¿Considera al estudio histopatológico como el estándar de oro en la patología cervical?

Definitivamente que sí.

5.- ¿Cuál es su opinión sobre la utilidad de los biomarcadores (p16, Ki 67) para el clínico en el diagnóstico y manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales?

Sabemos que la p16 se expresa en pacientes con lesiones de mayor severidad y en una biopsia con LEI AG se trata a la paciente independientemente de la expresión de p16. Pero la mayor utilidad en opinión de un servidor es en lesiones con reporte histológico de bajo grado y que tengan una expresión importante de p16, éstas deben ser tratada como de alto grado y en relación a la Ki67, tiene un valor pronóstico en relación a la recidiva, ya que es un marcador de la proliferación celular.

6.- ¿Cómo evaluar mejor a las pacientes con anomalidades citológicas menores? ASC y LEIBG.

Mediante controles citológicos con genotipificación viral y si esta es positiva se indica la colposcopia o bien directamente deben ser llevadas a colposcopia.

7.- ¿Cuál es el riesgo acumulativo a cinco años de NIC 3 + en mujeres con Pap negativo y VPH-positivo?

4.5.

8.- ¿Riesgo de recurrencia a cinco años pos tratamiento por NIC 2-3 o AIS? Vigilancia con Cotent VPH/Pap.

Si las pruebas de Cotent después del tratamiento son negativas la recurrencia es baja (2.4%), pero si solo se basa en seguimiento en PAP negativo

puede ser de 4.2%. Sin embargo es menor que tras una prueba de VPH negativa sola (3.7%).

9.- ¿Su opinión sobre el futuro de la colposcopia en la era de las vacunas contra VPH?

Es probable que tienda a disminuir el uso del colposcopio en la era de prevención primaria a base de vacunas, pero un porcentaje importante de pacientes requerirán ser evaluados con magnificación para la conducta a seguir en el manejo y seguimiento de estas lesiones.

Respuestas del Dr. Juan Carlos Cantón Romero:

1.- ¿La citología cervical sigue vigente como parte de la detección del CA CU y sus lesiones precursoras?

- Considero importante hacer un rápido análisis de la evolución de la citología vaginal con la técnica de tinción de Papanicolaou; desde su inicio ha sido uno de los mejores métodos de detección oportuna de cáncer a pesar de su baja sensibilidad, y remontándonos a la historia fue el estudio que compitió directamente con la colposcopia siendo mucho más fácil y práctico pues realmente los colposcopios eran instrumentos de difícil adquisición, manejo y funcionalidad para la detección oportuna. En el pasado reciente y en el presente ha sido y es, el método que ha prevenido realmente el cáncer de cérvix pues la detección y tratamiento de las lesiones precursoras han disminuido la incidencia de cáncer cervicouterino, desafortunadamente sigue siendo un método muy vulnerable en la sensibilidad, además de no realizarse al 100 % en la población de riesgo; y finalmente es difícil asegurar la sobrevida de la citología ya que las técnicas moleculares son más sensibles y específicas para la identificación del virus de papiloma humano que en combinación con la colposcopia confieren un mejor diagnóstico, y estoy seguro que en el futuro deberán ser más económicas y de fácil adquisición que la misma citología. Sin embargo actualmente es el método universal vigente como parte de la detección del CA CU y sus lesiones precursoras.

2.- ¿En una LEIBG en que casos propone la observación? Como alternativa de manejo.

Es bien sabido que la gran mayoría de las lesiones de bajo grado no penetran al espacio endocervical sin embargo para mí es uno de los puntos más importantes ya que una lesión que se insinúa a dicho espacio aumenta las posibilidades de concomitar con lesiones ocultas o de alto grado.

Por lo tanto propongo observación en: pacientes menores de 35 años de edad y sin factores de riesgo, ya que la historia natural de la enfermedad ha demostrado la baja incidencia de cáncer invasor en estas pacientes. Lesiones que no penetren al espacio endocervical (canal). Pacientes que se apeguen a la vigilancia, es decir que tengan la posibilidad de ser atendidas en alguna institución pública o que tengan la posibilidad económica para su atención.

3.- ¿En qué casos de LEIBG opta por el tratamiento conservador? Y cuando usar un método y cuando otro.

Vuelvo a insistir que es bien sabido que la gran mayoría de las lesiones de bajo grado no penetran al espacio endocervical, pero es muy importante poner atención en aquellas lesiones que se insinúan al canal endocervical. Por lo tanto propongo tratamiento conservador en:

- Pacientes mayores de 35 años de edad.
- Pacientes con factores de riesgo como multiparidad, promiscuidad, lesiones recurrentes. Lesiones que penetren al espacio endocervical (canal).
- Pacientes con cancerofobia.
- Pacientes con síndrome genital por infección clínica por virus de papiloma humano.

Propongo utilizar métodos ablativos como la fotovaporización con laser CO₂, la esferolisis con equipo de radiofrecuencia y la crioterapia; y en pacientes con lesión que penetra al canal endocervical propongo la escisión con asa diatérmica controlada por colposcopia exclusivamente de la pequeña porción del canal que es afectada y completar el tratamiento en el mismo momento con laser CO₂ del resto de la lesión exocervical.

4.- ¿Considera al estudio histopatológico como el estándar de oro en la patología cervical?

Por supuesto que es el estándar de oro, sin embargo hay que definir pruebas "estándar de oro" como aquellas que son las mejores para un diagnóstico con un control de calidad estricto ya que pueden tener múltiples variables. Es decir la biopsia de cérvix dependerá de ser tomada en forma adecuada bajo colposcopia dirigida por un médico colposcopista capacitado para identificar la verdadera zona de mayor gravedad y deberá ser procesada correctamente para a su vez ser estudiada por un patólogo competente. Así mismo las piezas de conización deberán incluir toda la descripción histológica como estirpe y grado de diferenciación, tamaño de la lesión y márgenes de sección, presencia o no de permeación linfovascular y en algunos casos estudios de inmunohistoquímica, y entonces si hablamos de estándar de oro.

5.- ¿Cuál es su opinión sobre la utilidad de los biomarcadores (p16, Ki 67) para el clínico en el diagnóstico y manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales?

Quiero transpolar esta pregunta al cáncer de mama y estas proteínas biomarcadoras se les ha dado un papel muy importante sobre todo en tumores de bajo riesgo tipo Luminal A o B ya que un índice de proliferación menor a un 15 % y que actualmente se considera hasta un 20 % habla de buen pronóstico con índices de proliferación bajos. En pacientes con lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado o cáncer cervicouterino invasor, es un buen elemento predictivo para lesiones de riesgo, y si comparamos el costo de un marcador como el Ki67 es menor que el de una PCR, por lo que en mi opinión son de gran utilidad pronostica; la terapéutica no debe cambiar y deberá ser normada caso por caso.

6.- ¿Cómo evaluar mejor a las pacientes con anomalidades citológicas menores? ASC y LEIBG

Es importante primero corregir problemas concomitantes como infección cervico-vaginal y/o atrofia, posteriormente realizar colposcopia con toma para tipificación de VPH en aquellas pacientes en las que no se logre identificar lesión colposcópica, en aquellas pacientes donde es evidente la lesión, la biopsia dirigida está indicada.

7.- ¿Cuál es el riesgo acumulativo a cinco años de NIC 3+ en mujeres con Pap negativo y VPH-positivo?

4.5%

8.- ¿Riesgo de recurrencia a cinco años pos tratamiento por NIC 2-3 o AIS? Vigilancia con Cotelst VPH/Pap

Sabemos que el riesgo de recurrencia es mayor en AIS por la posibilidad de multicentricidad que la NIC por lo tanto son pacientes que posterior a 5 años deben ser vigiladas anualmente con citología y cepillado de canal endocervical profundo y realizar PCR ya que está demostrado que la persistencia de VPH de alto riesgo es el factor adverso más importante para la progresión y la recurrencia; ante este escenario en pacientes con AIS la terapéutica deberá ser normada caso por caso.

9.- ¿Su opinión sobre el futuro de la colposcopia en la era de las vacunas contra VPH?

La era de las vacunas dará respuestas en 2 décadas más si es que los programas de vacunación contra VPH se cumplen correctamente y si estas campañas son dirigidas a la población de riesgo, sin embargo esto no asegura que dejara de haber lesiones intraepiteliales por lo que creo que la sobrevida de la colposcopia será larga, estamos en una era de tecnología y evolución científica con pruebas de biología molecular y tratamientos blanco; la medicina del futuro en un par de décadas será con alta tecnología y habrá métodos mejores que la citología, la colposcopia y las pruebas moleculares para identificar aquellas pacientes con riesgo a desarrollar lesiones intraepiteliales y/o cáncer ginecológico.

Respuestas del Dr. Juan Enrique Quinto Balanzar:

1.- ¿La citología cervical sigue vigente como parte de la detección del CA CU y sus lesiones precursoras?

- Por supuesto que sigue vigente, a la fecha es el estudio costo-beneficio que ha demostrado ser de mayor utilidad en el diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino. Si bien está demostrado que su sensibilidad es baja, es con mucho, el medio de tamizaje universal más aplicable, sobre todo en países como el nuestro. El futuro será quizás la utilización de la genotipificación viral del VPH, sin embargo el presente implicaría mejorar el adiestramiento de la gente que toma las muestras, las fija y las traslada a los centros de análisis, así como ampliar la cobertura de este procedimiento.

2.- ¿En una LEIBG en qué casos propone la observación? Como alternativa de manejo.

- Evidentemente la medicina basada en evidencias ha demostrado ampliamente que las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado tienen un comportamiento benigno, con tendencia a la resolución espontánea en la mayoría de los casos y con un índice de progresión a malignidad de tan solo el 0.03% de acuerdo a diversos estudios.

En general se considera un comportamiento adecuado la observación en este tipo de lesiones, sin embargo, en caso de pacientes no confiables al seguimiento, o en aquellas con lesión de que ocupen más del 50% del portio y valorando factores de riesgo y características clínicas, puede proponerse un tratamiento siempre y cuando sea lo menos agresivo posible.

Un apartado especial lo constituyen las pacientes que tienen un estado de inmunosupresión que altera la evolución natural de la enfermedad, sobretodo en mujeres con VIH, en quienes deben tratarse cualquier tipo de lesión.

3.- ¿En qué casos de LEIBG opta por el tratamiento conservador? Y cuando usar un método y cuando otro.

- Cuando en una LEIB G debe realizarse tratamiento debe elegirse el método menos dañino para la paciente, pensando principalmente en mujeres jóvenes con paridad no satisfecha, en estos casos la ablación con láser o los conos pequeños están indicados.

4.- ¿Considera al estudio histopatológico como el estándar de oro en la patología cervical?

- Sin lugar a dudas la histopatología es el estándar de oro en el diagnóstico y manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales del tracto genital inferior. Sin embargo hay que tomar en cuenta una consideración importante, las discordancias. Si existiera una discordancia mayor a un grado en las pruebas diagnósticas (citología, colposcopia, biopsia) hay que tomar en cuenta para el manejo la de mayor grado de malignidad, esto para beneficio de la paciente.

5.- ¿Cuál es su opinión sobre la utilidad de los biomarcadores (p16, Ki 67) para el clínico en el diagnóstico y manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales?

Como todos los argumentos diagnósticos tienen su importancia de acuerdo al contorno general de la paciente y a la disponibilidad de los mismos en los centros de diagnóstico. La sensibilidad de los mismos es una limitante y se tienen que usar en conjunto con otras pruebas clínicas para fundamentar un diagnóstico correcto y un manejo adecuado.

6.- ¿Cómo evaluar mejor a las pacientes con anomalías citológicas menores? ASC y LEIBG.

En nuestro medio tenemos la oportunidad de realizar un diagnóstico colposcópico y biopsia dirigida, además del seguimiento clínico de las pacientes que es la piedra fundamental para el correcto manejo de estas alteraciones. De acuerdo a las características clínicas de las pacientes pueden ofrecerse algunas otras opciones, dentro de las que se encuentran el cotest.

7.- ¿Cuál es el riesgo acumulativo a cinco años de NIC 3 + en mujeres con Pap negativo y VPH-positivo?

Hay que tomar en cuenta que el VPH AR (Virus del Papiloma Humano de Alto Riesgo) es una condición *sin equa non* el cáncer cervicouterino y que el NIC III es una lesión altamente precursora, sin embargo no es la única condición que se requiere, pues se necesitan, muchos factores adyuvantes para el desarrollo de las alteraciones malignas. El riesgo de mujeres con COTEST con

resultado citológico negativo y tipificación positiva fluctúa entre los 4.5 - 5%.

8.- ¿Riesgo de recurrencia a cinco años post tratamiento por NIC 2-3 o AIS? Vigilancia con Cotest VPH/Pap.

Las cifras de recurrencia post tratamiento de NIC II-III a 5 años son bajas, en relación al AIS es diferente pues la enfermedad glandular es por naturaleza más agresiva que la escamosa, de tal forma que el seguimiento es importante en cualquier manejo de lesiones de alto grado sean escamosas o glandulares. El COTEST es el recurso que estadísticamente ha demostrado mejor sensibilidad y especificidad en el seguimiento post tratamiento de este tipo de lesiones.

9.- ¿Su opinión sobre el futuro de la colposcopia en la era de las vacunas contra VPH?

En vacunación aún estamos en pañales, no sabemos a ciencia cierta la efectividad real de la protección en el control del cáncer cervicouterino, sin embargo es un recurso importante de prevención primaria que poco a poco será universal y valoraremos realmente su eficacia con el paso del tiempo. La colposcopia es y seguirá siendo, el método de exploración más accesible para el diagnóstico de las lesiones precursoras del cáncer cervicouterino y utilizado adecuadamente como guía certera de sitios de biopsia y complementado con la citología cervical seguirá siendo el arma principal en el combate de las lesiones malignas del cérvix.

Respuestas del Dr. Ricardo Alejandro Lúa Alvarado:

1.- ¿La citología cervical sigue vigente como parte de la detección del CA CU y sus lesiones precursoras?

- Es definitivo que la citología cervical juega un papel de suma importancia en la prevención y detección de lesiones precursoras de cáncer cervico uterino en nuestro país, considerando que es un método económico, relativamente fácil de realizar y que requiere poca infraestructura para su proceso. Sin embargo los sistemas empleados para prevención de CA CU en México a través de la citología cervical no han mostrado un éxito total en evitar esta enfermedad oncológica debido a su baja sensibilidad, por lo que es probable que las técnicas moleculares, tomarán poco a poco terreno sobre la citología como método de tamizaje, como está ocurriendo en otros países.
 - Por otro lado, la norma oficial mexicana (NOM) actual indica como principal método de tamizaje a la citología cervical.

2.- ¿En una LEIBG en qué casos propone la observación? Como alternativa de manejo.

- Contestaré mejor en qué casos propongo tratamiento:

- Pacientes con antecedente de una lesión intraepitelial de alto grado.
- Pacientes mayores de 40 años y con paridad satisfecha.
- Pacientes con enfermedades que producen inmunocompromiso.

En general, los consensos internacionales y nacionales optan por dar un manejo expectante a las pacientes con LIEBG con colposcopia trimestral o semestral por un período de dos años, después de este período está avalado el tratamiento. Sin embargo, nuestra guía de práctica clínica para la prevención, detección y tratamiento de cáncer cervico uterino es un tanto ambigua ya que propone cualquiera de las dos opciones: tratamiento o vigilancia a pacientes con LIEBG, incluso si solo es por petición de la paciente.

3.- ¿En qué casos de LEIBG opta por el tratamiento conservador? Y cuando usar un método y cuando otro.

Debido al bajo potencial oncogénico de la LIEBG, que es del 1% para progresar a NIC 3 en general, los tratamientos conservadores también llamados ablativos son una excelente opción en caso de que la paciente sea candidata a manejo para preservar adecuadamente el futuro obstétrico y disminuir riesgos inherentes a los tratamientos excepcionales. Los métodos ablativos más utilizados son la foto-vaporización con laser CO₂, la esferolisis con equipo de radiofrecuencia y la crioterapia. La utilización de uno u otro método más que de las características de la lesión depende de la accesibilidad del método y la experiencia del médico para la utilización de los equipos involucrados.

4.- ¿Considera al estudio histopatológico como el estándar de oro en la patología cervical?

Definitivamente es y continuará siendo el *gold standard*.

5.- ¿Cuál es su opinión sobre la utilidad de los biomarcadores (p16, Ki 67) para el clínico en el diagnóstico y manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales?

Existe una limitante importante en cuanto a este tipo de marcadores tanto en instituciones públicas como privadas, incluyendo su disponibilidad y costos. Considero tienen gran utilidad en pacientes seleccionadas que tengan importantes factores de riesgo, lesiones intraepiteliales recurrentes o en pacientes en quienes está en duda el tipo de tratamiento excisional debido a la edad o paridad, por ejemplo una paciente de 17 años con NIC 2, estos biomarcadores nos pueden orientar en cuanto al pronóstico de la evolución de la lesión y, de esta manera tomar una mejor decisión de manejo.

6.- ¿Cómo evaluar mejor a las pacientes con anormalidades citológicas menores? ASC y LEIBG

Considero que la forma ideal de evaluarles es mediante toma de colposcopia. Otra alternativa es la tipificación de VPH y en caso de que sea positiva para VPH 16 o 18, realizar colposcopia; sin embargo en lo personal considero iniciar con la colposcopia ya que los costos de una prueba y otra son altamente diferentes.

7.- ¿Cuál es el riesgo acumulativo a cinco años de NIC 3+ en mujeres con Pap negativo y VPH-positivo?

4.5%

8.- ¿Riesgo de recurrencia a cinco años pos tratamiento por NIC 2-3 o AIS? Vigilancia con COTEST VPH/Pap

Ante el antecedente de NIC-2, 3 o AIS es de suma importancia una vigilancia periódica. Las guías indican realizar idealmente el co-test de citología y tipificación de VPH. Con ambos estudios negativos está reportada una recurrencia prácticamente nula. Sin embargo en medios donde no sea posible realizar la tipificación de VPH, se deberá realizar citología y colposcopia.

9.- ¿Su opinión sobre el futuro de la colposcopia en la era de las vacunas contra VPH?

La colposcopia es un método de descripción visual del epitelio cervical idóneo para la detección de lesiones precursoras de cáncer por virus del papiloma humano.

La colposcopia tiene un futuro tangible ya que la estimación de cáncer cervico uterino en México para el 2020 y 2040 es que aumentará en forma sustancial de acuerdo a Globocan, aunado a esto con las pruebas moleculares realizarán más sobre diagnósticos de lesiones precursoras por positividad a VPH y estas pacientes serán enviadas a las clínicas de displasias para la realización de la colposcopia.

Lecturas recomendadas

NOM-014-SSA2-1994 modificada el 31 de mayo 2007.

9.5.2 Las pacientes a quienes se les realizó citología cervical, cuyo resultado es LEIBG (infección por VPH o NIC 1); LEIAG o cáncer deben enviarse a una clínica de colposcopia, para realizar estudio colposcópico. Colposcopia sin evidencia de lesión: Revalorar con nueva citología a los tres meses, si resulta negativa control colposcópico y citológico semestral por 2 años. Sin cambios envío a primer nivel.

Apéndice Normativo A Citología Lesión Escamosa Intraepitelial de Bajo Grado.

Colposcopia con lesión visible: Biopsia dirigida, si es negativa revisión del diagnóstico histopatológico, nueva colposcopia, cepillado endocervical y si es necesario nueva biopsia.

9.5.4.2 Si la biopsia dirigida es reportada como LEIBG se podrá dar tratamiento conservador: criocirugía, electrocirugía o laserterapia (Si cumple con el Apéndice normativo 1) o vigilancia con Pap y colposcopia semestral por 24 meses.

Casos histopatológicos de LEIBG en los que se puede optar por tratamiento conservador (Crio, electrocirugía, laser) Apéndice 1 Altas posibilidades de deserción.

Persistencia de LEIBG m醩 de 24 meses. LEIBG por virus oncog閍nicos (VPH AR). Edad de 30 a閚os o m醩. Prefieren el tratamiento a la vigilancia.

Gu韆 de Pr醙tica Cl韆nica GPC SS-146-08.

La prueba de DNA VPH es recomendada en mujeres de 30 a閚os y m醩 con ASCUS y AGUS como complemento de la citolog韆 cervical para reducir su tasa de falsos positivos. La detecci髇 del ADN del VPH m醩 la citolog韆 cervical han demostrado mayor sensibilidad con un valor predictivo negativo del 100% que Pap solo.

Riesgo de pre c醠cer determinado por combinaciones de genotipos VPH en mujeres con anomalidades citol閆icas menores. Gage JC, Schiffman M, Solomon D, Wheeler CM, Gravitt PE, Castle PE. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2013 May 16.

Evaluaci髇 de genotipos VPH 16, 16/18 y 16/18/45 en mujeres positivas a VPH carcinog閍nicos con citolog韆 de ASC y LEIBG. Triage ALTS. La positividad a estos genotipos de VPH sugiere colposcopia inmediata. Aun cuando las pruebas de los genotipos fueran negativas, el tener VPH AR (+) implica un riesgo de NIC 3+ a dos a閚os de 7.8% o m醩.

Riesgo acumulativo a cinco a閚os de NIC 3 + en mujeres con Pap negativo, VPH-positivo. Katki HA, Schiffman M, Castle PE, Fetterman B, Poitras NE, Lorey T, Cheung LC, Raine-Bennett T, Gage JC, Kinney WK. *J Low Genit Tract Dis.* 2013 Apr;17(5 Suppl 1):S56-63.

Se valoraron 32.374 mujeres de 30 a 64 a閚os con resultados cotest HPV positivo/Pap-negativo del Kaiser California durante el a閚o 2003 al 2010. El riesgo de NIC 3+ fue del 4.5% y de c醠cer del 0.34% y la mitad fueron adenocarcinoma. El 48% de las mujeres segu韆 siendo VPH positivo.



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 prolapse 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 preventable 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 las 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 menarquía.

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 prepupal, la unión escamocolumnar está situada a nivel del endocérvix o en las proximidades del orificio cervical externo. Durante la adolescencia se produce un prollapso 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 colposcopía 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

Colposcopía: 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 conización⁵.

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 Catalá d' Oncologia.

http://www.aulaeoncologia.org/file.php/49/moddata/scorm/254/es/ico_vacunas_vuccnet_05_00/launch.htm/



Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, La Habana, Cuba.



Caso clínico

“Respuesta al tratamiento combinado de Isotrenitoína más Imiquimod tópico, en la condilomatosis vulvar multifocal en una paciente senil inmuno - comprometida”.

Oscar Augusto Trejo Solórzano.* María del Carmen García Martínez ** José Adrián Tolentino López ** José Luis López Velázquez. ** Brenda V. Gabilondo Acevedo ** Fernando de la Torre Rendo Fernando*** Esther Guadalupe Guevara Sangines****

*Ginecólogo y Obstetra Colposcopista. Profesor Titular Curso de Alta Especialidad Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. “Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos” ISSSTE.

** Medico Adscrito al servicio de Ginecología. “Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos” ISSSTE.

*** Patólogo Jefe de servicio. “Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos” ISSSTE.

**** Jefe del Servicio de Dermatología. “Hospital Regional Lic. Adolfo Lopez Mateos” ISSSTE.

Correspondencia: oscarcolpotre@hotmail.com

Av. Universidad 1321, Florida, Álvaro Obregón, 01030 Ciudad de México, Distrito Federal.

INTRODUCCION

El cáncer de vulva representa aproximadamente 5% de los casos de cáncer del aparato genital femenino y las verrugas anogenitales (VAG) son posibles precursoras de una enfermedad invasora. Enfermedad común, altamente contagiosa causada por el virus del papiloma humano (VPH).¹ Los condilomas acuminados son lesiones de piel y mucosas, que se presentan frecuentemente. El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH). En la actualidad, han sido identificados 100 genotipos diferentes. De los cuales 30 de estos, tienen la capacidad de infectar el tracto genital por contacto sexual, por ello más del 80% de los contactos de los enfermos desarrollan condilomas.² Los condilomas anogenitales son una de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más frecuentes y afectan hasta el 1.7% de la población general y hasta el 25% de pacientes inmunodeprimidas. La edad de mayor incidencia oscila entre los 20 y 25 años. Entre los nuevos casos y los recurrentes en mujeres, se estima una incidencia aproximada de 99 x 100,000 habitantes.³ Aproximadamente en

80% de los casos tras la primoinfección desaparecen al año, progresan únicamente el 20% y a partir de los 35 años, persiste sólo el 5%. En ocasiones, la infección puede permanecer latente toda la vida y reactivarse ante un compromiso de la competencia inmunológica.⁴ La mayoría de las verrugas genitales y anales son causadas por los genotipos del VPH 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 (genotipos de bajo riesgo oncogénico). El virus del papiloma humano (VPH) se transmite por la vía sexual, siendo la infección viral más frecuente en el mundo, lo que da lugar a tumores malignos o benignos de diferentes órganos incluyendo piel y mucosas.^{1,2} La prevalencia de los condilomas acuminados en general varía, del 0.15% al 0.18% en la mayoría de las poblaciones.^{5,6} Los genotipos 6 y 11 de virus del papiloma humano están presentes en un gran número de casos de condiloma acuminado anogenital^{7,8,9}. Los condilomas o verrugas son altamente infecciosos; aproximadamente el 65% de los individuos con una pareja infectada desarrollan condilomas en un periodo de 3 semanas hasta 8

meses ¹⁰. Estudios prospectivos recientes informaron que la mediana de tiempo entre la infección por los tipos 6 y 11 del VPH y el desarrollo de condilomas fue de 11 a 12 meses entre los hombres ¹¹⁻¹² y 5 a 6 meses entre las mujeres jóvenes ¹³. En casos raros, los condilomas pueden estar asociados con lesiones malignas, como tumores de Buschke-Lowenstein ⁹.

Los condilomas acuminados son propios de superficies húmedas, se clasifican como una infección de VPH anogenital clínica multifocal, ya que se manifiestan como lesiones visibles, como pápulas individuales o múltiples en la vulva, periné, área perianal, vagina, cuello uterino, pene, ano, escroto y uretra ¹. Los síntomas clínicos pueden incluir prurito, ardor, flujo vaginal y sangrado ². Se han descrito cuatro subtipos clínicos de condiloma: condiloma acuminado (verrugas en punta), lesiones planas, maculares, papulares, y queratósicas. Los primeros dos subtipos se encuentran principalmente en epitelio no queratinizado, mientras que los dos últimos suelen estar presentes en la epidermis queratinizada¹. También pueden ser sésiles con múltiples proliferaciones finas y digitiformes. En otros casos, se manifiestan con mal olor, exudación y malestar local. Cuando existe dolor, debe sospecharse la asociación con úlceras, infección o malignidad ¹⁴. La identificación del tipo de VPH, es importante para establecer el pronóstico y los controles clínicos adecuados. En la actualidad, el método más sensible es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR). El estudio histológico muestra acantosis, elongación de las papilas dérmicas, presencia de células con vacuolización con núcleos densos y arrugados, cuerpos de inclusión basófilos (partículas virales) e inclusiones eosinofílicas de queratina anormal, en las capas superficiales de la epidermis (coilocitos) ¹⁴.

El tratamiento está determinado por el tamaño de la lesión, distribución anatómica, extensión, grado de queratinización, tiempo de evolución, respuesta a tratamientos previos, estado inmunológico del huésped, eficacia, disponibilidad y toxicidad de los medicamentos¹⁵. Destacan agentes terapéuticos químicos, físicos, inmunológicos y quirúrgicos.

La persistencia y recurrencia de estas lesiones con tratamiento intervencionista ocasionan a la paciente y a la sociedad pérdidas económicas por ausentismo laboral además de alto impacto psicosocial.

CASO CLINICO

CAGT470213/60

Ficha de identificación:

Mujer de 91 años de edad, originaria y residente México D.F., escolaridad primaria, viuda, católica, ama de casa. **AHF:** Tres hijos con Diabetes Mellitus Tipo 2. **APNP:** Exposición a humo de leña y petróleo por 20 años, 4 Horas diarias (80 horas/año). **APP:** Diabética tipo 2 de 20 años de evolución no controlada de manera regular, tratada actualmente con Metformina 850 mg cada 24 horas. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), desconoce tiempo de evolución y sin seguimiento actualmente oxígeno dependiente, antecedente de amputación pélvica inferior bilateral infracondilea en 2009 por necrobiosis. Hospitalizada hace 3 años por neumonía adquirida en la comunidad. **AGO:** Menarca a los 14 años, ritmo regular, inicio de vida sexual 18 años, número de parejas sexuales 1, citología cervicovaginal nunca realizada, mastografía ninguna, gesta 5 para 4 aborto 1, menopausia a los 50 años.

Padecimiento Actual

Paciente hospitalizada por descontrol metabólico, se solicita valoración por servicio de colposcopia por lesiones verrugosas múltiples en región perianal.

Signos vitales normales, consciente, orientada, cooperadora, cabeza y cuello normales sin compromiso Cardiopulmonar, Abdomen Sin Alteraciones, extremidades inferiores con amputación infracondilea bilateral. La exploración colposcópica describe la presencia de lesiones desde la síntesis del pubis, región inguinal y perianal, múltiples, acuminadas, confluentes, pigmentadas, con un grosor aproximado de 2.0 centímetros, con márgenes regulares (**Figuras 1, 2,3**). La vagina con el mismo tipo de lesión, cérvix atrófico, reportando una colposcopia no adecuada. Se realizó citología y prueba de PCR para VPH de alto riesgo con brocha de polietileno (Colpotre®), además de múltiples biopsias de las lesiones descritas.

Paciente hospitalizada para control metabólico durante 48 horas, manejada con Insulina de acción rápida.

Diagnósticos:

- 1.- Condilomatosis perianal y vulvar
- 2.- Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada
- 3.- Hipertensión arterial sistémica controlada
- 4.- Hiperkalemia leve
- 5.- Anemia normocítica normocromica
- 6.- EPOC.

Laboratorios de ingreso: TP 13.8, TPT 22.8, INR 1.09, HGB 9.8, LEU 9.1 (7.70 % eosinófilos), PLT 216, Glucosa 248, CRT 1.1, Na 136, K 5.25 Cl 103, Colesterol 288, triglicéridos 289, HDL 30, Baja densidad 258.

PAP: Inflamatorio negativo tipo 2 y cocos ++
PCR: Negativo para genotipos 16,18 y panel de otros 12 tipos de alto riesgo.
Biopsia: confirma condiloma acuminado.

Manejo conjunto por colposcopia y dermatología. Se inicia tratamiento a base de Isotretinoína tópica 20 mg diarios, Imiquimod al 5% 12.5 gr. tres veces a la semana durante 6 semanas; seguimiento colposcópico mensual por 3 meses hasta su remisión total (**Figura 4**).

Figura 1

Lesiones verrugosas múltiples en vulva y periné.



Figura 1

Figura 2.

Caso anterior, ahora después de aplicación con ácido acético.

Se observan con más detalle, expuestas desde la sínfisis del pubis, región inguinal y perianal, acuminadas, confluentes, pigmentadas, con un grosor aproximado de 2.0 centímetros, con superficie acuminada y márgenes regulares.



Figura 2



Figura 3

Figura 3. Las lesiones verrucosas posterior a la aplicación de 阿cido acético. Se observa con más detalle su extensión a perine y periano.



Figura 4

Figura 4.

La misma paciente, tres meses después de tratamiento a base de Isotretinoina tpica 20 mg diarios, Imiquimod al 5% 12.5 gr. tres veces a la semana durante 6 semanas; el seguimiento colposcópico fue mensual por 3 meses hasta su remisión total.

DISCUSIÓN

Los condilomas acuminados anogenitales son una manifestación común de una infección por VPH, particularmente entre los hombres y las mujeres jóvenes. Las tasas de incidencia anuales reportados suelen oscilar entre 100 y 200 nuevos casos por 100.000. La prevalencia suele oscilar entre 0,13% y 0,20%¹¹. La especialidad de los médicos que realizan con mayor frecuencia el diagnóstico inicial de condilomas varía en función del sistema de salud de cada país. En la mayoría de los países, las personas con condilomas suelen ser diagnosticados por médicos generales¹¹⁻¹². Los pacientes que contraen condilomas o verrugas pueden tener una capacidad limitada para reconocerlos o no estar dispuestos o son incapaces de buscar tratamiento. Esto puede ser debido a una variedad de razones psicológicas y sociales¹². Del mismo modo, un estudio entre los hombres heterosexuales que negaron antecedentes de verrugas genitales en el examen clínico, el 4,1% de ellos tenía verrugas visibles en los sitios genitales⁶. La remisión espontánea de las verrugas es posible, pero las proporciones reportadas de individuos que realmente experimentan eliminación espontánea varían ampliamente de 0% a 50%¹⁴⁻¹⁵. Los cambios en el comportamiento sexual pueden contribuir potencialmente a un mayor diagnóstico de condilomas acuminados. Los datos epidemiológicos confirman consistentemente que los picos de incidencia de verrugas en hombres y mujeres jóvenes, que corresponde a la edad de la

tasa pico en la que mujeres inician una nueva relación sexual¹⁷. La incidencia anual de condilomas recurrentes ha oscilado entre 47 y 163 casos por cada 100.000 varones y entre 23 y 110 por 100.000 mujeres en los estudios basados en la población⁶.

Existen limitaciones en todo el mundo relacionados con conocer una exacta incidencia y prevalencia de la enfermedad, ya que hay datos epidemiológicos limitados para ciertos países europeos, sobre todo de Europa del Este y pocos datos de otras regiones del mundo, como África, América Latina y Asia del Sur¹³.

CONCLUSIONES

La condilomatosis anogenital, es una ETS muy prevalente en la población de riesgo y puede manifestarse de múltiples formas. Estas lesiones es frecuente encontrarla en pacientes con una inmunosupresión secundaria a enfermedades como son: el lupus eritematoso, la diabetes mellitus descompensada, en pacientes HIV positivos y todos aquellos enfermos que tienen alteraciones de la formula blanca. El diagnóstico es clínico fundamentalmente. En cuanto al tratamiento, cuando las lesiones son pequeñas y poco extensas, está indicado el uso médico tópico con múltiples esquemas, también haciendo uso del LASER y la radiofrecuencia para ablación local. Debido a su carácter recurrente de este tipo de lesiones, se impone un seguimiento clínico de forma prolongada.

BIBLIOGRAFIA

1. CDCP: Centres for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. MMWR. 2002; 51: 1-82.
2. Cappiello. HIV infection increases the risk 2002. MMWR. 2002; 51: 1-82.
3. Kraut AA, Schink T, Schulze-Rath R, Mikolajczyk RT, Garbe E. Incidencia de las verrugas anogenitales en Alemania: un estudio de cohorte de base poblacional . BMC InfectDis 2010; 13
4. Koutsky L A, Galloway D A, Holmes K K. Epidemiology of genital human papillomavirus.
5. Chang G J, Berry J M, Naomi J. Surgical treatment of high-grade anal squamous intraepithelial lesions. A prospective study. Dis Colon Rectum. 2002; 45:453-458.
6. Hallmo P, Naess O. Laryngeal papillomatosis with human papilloma virus DNA contracted by a laser surgeon. Eur Arch Otorhinolaringol. 1991;

7. Bruto G, Pfister H. Papel de virus del papiloma humano en el cáncer de pene, pene intraepitelial neoplasias de células escamosas y de las verrugas genitales. *MedMicrobiolImmunol (Berl)* 2004;13 : 35-44. doi:. 10.1007 / s00430-003-0181-2 [[PubMed](#)] [[Cruz Ref](#)]
8. Castellsagué X, Ghaffari A, Daniel RW, Bosch FX, Muñoz N, Shah KV. La prevalencia de ADN del pene virus del papiloma humano en los maridos de mujeres con y sin neoplasia cervical:. Un estudio en España y Colombia . *J InfectDis* 1997; 13 : 353-361. doi:. 10.1086 / 514052[[PubMed](#)] [[Cruz Ref](#)]
9. Giuliano AR, Tortolero-Luna G, Ferrer E, Burchell AN, de Sanjose S, SK Kjaer, Muñoz N, Schiffman M, Bosch FX. Epidemiología de la infección por el virus del papiloma humano en los hombres, los cánceres que no sean condiciones cervicales y benignos. *Vacunas.* 2008; 13 (Suppl 10): K17-K28 [[PubMed](#)]
10. Lacey CJ, Lowndes CM, Shah KV. Capítulo 4: Carga y gestión de las condiciones relacionadas con el VPH no cancerosos: HPV-6/11 de la enfermedad. *Vacunas.* 2006; 13 (Suppl 3): 35-41.[[PubMed](#)]
11. Arima Y, Winer RL, Feng Q, Hughes JP, Lee SK, Stern ME, O'Reilly SF, Koutsky LA. . Desarrollo de las verrugas genitales después de la detección de incidentes de la infección del virus del papiloma humano en hombres jóvenes . *J InfectDis* 2010; 13 : 1181-1184. doi:. 10.1086 / 656368 [[PubMed](#)] [[Cruz Ref](#)]
12. Anic GM, Lee JH, Stockwell H, Rollison DE, Wu Y, Papenfuss MR, Villa LL, Lazcano-Ponce E, Gage C, Silva RJ, Baggio ML, Quiterio M, Salmer n J, M Abrahamsen, Giuliano AR. La incidencia y el virus del papiloma humano (VPH) Tipo de reparto de las verrugas genitales en una cohorte multinacional de los hombres: El VPH en los hombres de estudio. *J InfectDis.* 2011; 13 : 1886-1892. doi:. 10.1093 / infdis / jir652 [[Artículo libre de PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Cruz Ref](#)]
13. Garland SM, Steben M, canta HL, James M, Lu S, Railkar R, Barr E, Haupt RM, JouraEA.Historia natural de las verrugas genitales: análisis de la rama de placebo de 2 ensayos aleatorizados en fase III de una tetravalente del virus del papiloma humano (tipos 6, 11, 16 y 18) de la vacuna. *J InfectDis.* 2009; 13 : 805-814. doi:. 10.1086 / 597071 [[PubMed](#)] [[Cruz Ref](#)]
14. Vukasin P. Condiloma anal y enfermedad anal relacionada con el virus de la inmunodeficiencia humana. *ClinQuir North Am.* 2002; 6: 1157-1169.
15. Sonnex C, Lacey C. The treatment of human paillomavirus lesions of the lower genital tract. *BailliereClinObstet Gynecol.* 2001; 15: 801-816.
16. Scheinfeld N, Lehman DS. Una revisión basada en la evidencia de los tratamientos médicos y quirúrgicos de las verrugas genitales. *Dermatol Online J.* 2006; 13 : 5. [[PubMed](#)]
17. Kraut AA, Schink T, Schulze-Rath R, Mikolajczyk RT, Garbe E. Incidencia de las verrugas anogenitales en Alemania: un estudio de cohorte de base poblacional . *BMC InfectDis* 2010; 13

Mirada Cultural en Tracto Genital Inferior

“Childhood Gynecologic Cancer Association”

“Asociación del Cáncer Ginecológico en la Infancia”

Childhood Gynecologic Cancer Association (CGYNCA), (Asociación del Cáncer Ginecológico Infancia) es una organización educativa sin fines de lucro fundada para difundir información y apoyo a la investigación sobre los cánceres ginecológicos en la infancia. El objetivo de ésta organización es proporcionar información a la comunidad médica, vinculados con proveedores de experiencia, para brindar educación, apoyo, y ayudar a las niñas y adolescentes (y sus familias) con cáncer ginecológico.

Hope nació en Michigan, la hija más joven de su familia. Cuando Hope tenía 9 años, sus padres la llevaron a la sala de emergencia por dolor abdominal severo. Al principio, los médicos pensaron que era una apendicitis. Le realizaron una cirugía, y los médicos dijeron a sus padres que Hope tenía cáncer de ovario (teratoma inmaduro). Además de eliminar el cáncer de ovario, el cirujano extirpó ambos ovarios, el útero, así como su apéndice. Cuando Hope fue operada en 1968, el asesoramiento y los tratamientos eran muy diferente a lo que son hoy. A los padres se les dijo que era probable que Hope no iba a sobrevivir. Los médicos aconsejaron a los padres de Hope no decirle acerca de su diagnóstico real. A Hope solo se le dijo que le habían realizado una appendicetomía.

Hope se recuperó de su cirugía y tratamientos de radiación realizadas. A los nueve años de edad. Hope no puso en duda que la radiación no era el tratamiento típico para apendicitis. Hope siguió viviendo su vida como estudiante, jugando todo el verano en los lagos de Michigan.

A los 14 años, Hope fue ingresada en el hospital por dolor abdominal. El tejido cicatrizable de su cirugía había formado una obstrucción intestinal. Durante su estadía en el hospital, un error de medicación causó a Hope un paro cardiaco. El corazón de Hope se detuvo, el equipo médico proporcionó reanimación y Hope sobrevivió.

Durante esta misma hospitalización, un residente preguntó a Hope sobre su diagnóstico de cáncer. También le dijo que ella no tenía el útero ni los ovarios. Hope se sintió muy afectada con esa información. La familia de Hope y ella, necesitaban mucha orientación y apoyo psicológico para hacer frente a esas noticias médicas. En 1968 la los papás y hermanos de Hope no sabían cómo hacer frente a esas



Hope con parte de su familia.



Hope a los 9 años de edad.

circunstancias. Hope tuvo que aprender a lidiar con el hecho de que sus padres y los médicos ocultaron el diagnóstico de ella, en 1968, nadie pensó que Hope sobreviviría, y ahora ella es una superviviente.

Hope decidió convertirse en médico. Hope tuvo éxito en su formación médica y tuvo éxito en su vida personal también. Conoció a su esposo en la escuela de medicina. Ella comenzó su residencia en Obstetricia y Ginecología. La práctica de Hope y su experiencia crecieron notablemente, y a la par, también lo hizo su familia.

El sueño de Hope de armar una organización sin fines de lucro: venían juntos. Así surge la Asociación de Cáncer Infantil Ginecológico (Childhood Gynecologic Cancer Association, CGYNCA). Aunque, el cáncer ginecológico en la infancia es raro, es muy real para las familias y las niñas.



Hope a los 14 años de edad.

La Dra. Hope Haefner es fundadora y directora ejecutiva de Childhood Gynecologic Cancer Association, CGYNCA.

La reconocida experiencia personal y profesional de la Dra. Haefner está al servicio y dedicación del futuro de la Childhood Gynecologic Cancer Association.



Hope, conoce a quien sería su esposo en la escuela de medicina.

OBJETIVOS

Proporcionar un foro sobre los cánceres ginecológicos de la infancia para los proveedores, los pacientes y sus familias; para obtener información actual para la educación y los ensayos clínicos; para desarrollar un centro de recursos de remisión completa y el registro; para avanzar en la investigación en cáncer ginecológico infancia.

EDUCACIÓN

La página Web de *Childhood Gynecologic Cancer Association*, ofrece educación básica, así como la compleja sobre los cánceres ginecológicos infancia. La información incluye los temas de cáncer de ovario, el útero, el cuello uterino, la vagina y la vulva. Existe una lista actualizada de los artículos de revistas médicas actuales y de acreditadas, todos en un sitio (al final del tema se muestran algunos links).

INVESTIGACIÓN

Un registro de pacientes está siendo desarrollado por *Childhood Gynecologic Cancer Association*. Con un registro, hay un objetivo a largo plazo de la revisión de la información para la investigación. Como con todos los tipos de cáncer, una cura se puede encontrar con la investigación. *Childhood Gynecologic Cancer Association*, está dedicada a recaudar fondos para la investigación sobre las causas, tratamientos y curas de los cánceres ginecológicos infancia.



Hope con su esposo e hijos.

CONEXIONES

Conexión de su profesional de la salud con las familias: menudo el apoyo es difícil. *Childhood Gynecologic Cancer Association*, está desarrollando una lista de proveedores con experiencia e interés en los cánceres ginecológicos de la infancia para ayudar a hacer conexiones. Cánceres ginecológicos en la infancia son poco frecuentes, y a Conectar a las familias:

Hacer conexiones con otras familias para el apoyo también es importante. Un registro está siendo desarrollado para que las familias puedan inscribirse y tener una opción de comunicarse con otras familias

Recomendaciones

- Utilice muñecas anatómicamente correctas para demostrar y explicar los procedimientos
 - Crear calendario de eventos
 - Use palabras que los niños puedan entender
 - Responda a las preguntas con honestidad.
 - Dar recompensa a los pacientes después de procedimientos.
 - Proporcionar al personal coherente para el paciente y sus familias.
 - Evitar el aislamiento a menos que el médico lo indique.
 - Proporcionar el mayor cuidado posible en casa en vez de terminar en el hospital.
 - La hipnosis puede ayudar a algunos niños a hacer frente y cooperan con procedimientos incómodos.
 - Hacer que los niños estén conscientes de como los padres deberán administrar a largo plazo la terapia de reemplazo hormonal es decir, o la que requiera.
 - Proporcionar herramientas de distracción para el manejo del dolor.
- Ver www.buzzy4shots.com

Necesidades psicológicas

- Fomentar la expresión de sentimientos a través de palabras y dibujos.
- Proporcionar grupos de apoyo para los pacientes y sus familias
- Puede que tenga que implicar el trabajo social, psicólogo o psiquiatra
- Sea compasivo.
- Permiten que los pacientes se sienten capaces y en control.
- Deles permiso y reconocer el derecho de estar enojado.
- Sea sensible a la fatiga que los pacientes de cáncer se desarrollan. después de la cirugía y los tratamientos.
- Crear espacio para la privacidad, especialmente con los adolescentes.
- Sea consciente de las diferencias culturales con respecto a la enfermedad y la enfermedad.
- Crear un sentido de esperanza y centrarse en el día a día de la recuperación. Promover la visita de "su héroe favorito"
- Recuerde a los pacientes que no están solos y que hay otros con el mismo cáncer. Utilizar el cuidado pastoral.
- Proporcionar ayuda con la transición a casa del hospital. El miedo es normal.



Dra. Hope Haefner. Fundadora y directora ejecutiva de: Childhood Gynecologic Cancer Association, CGYNCA.

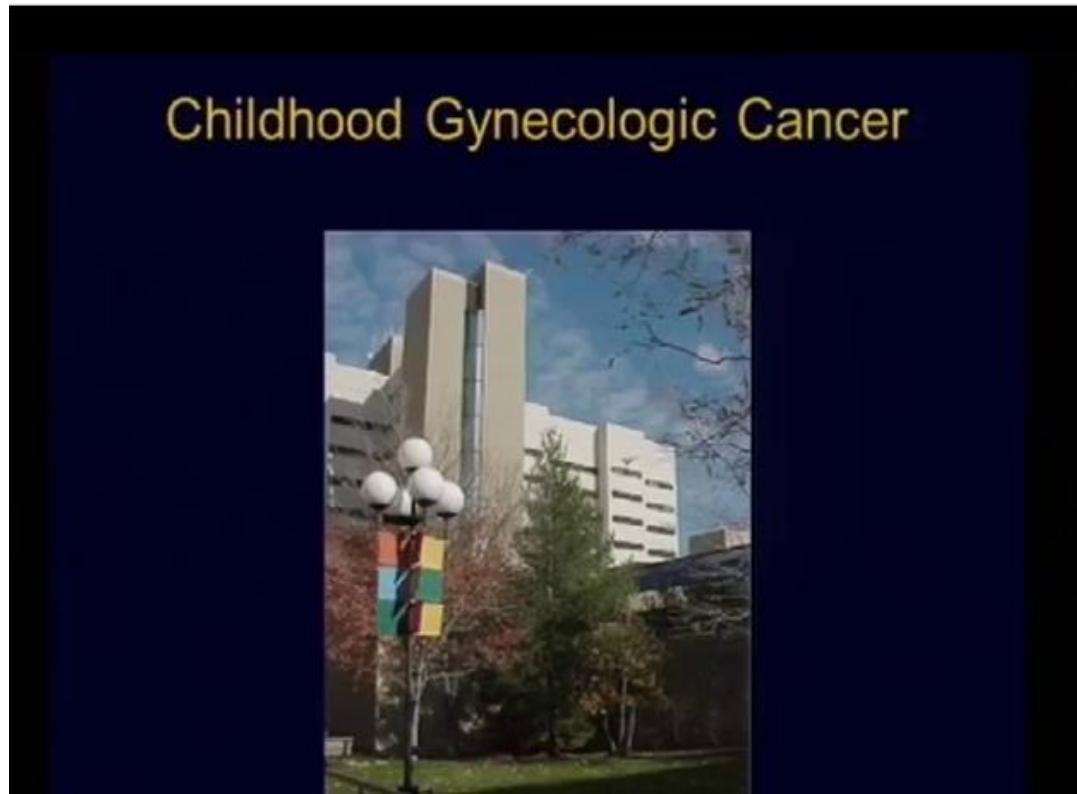
Educación

- Proporcionar información a la paciente y su familia acerca de su diagnóstico, plan de tratamiento y el pronóstico. Hable con los padres acerca de su nivel de comprensión y refuerce la información en términos de edad apropiadas.
- Sea honesto acerca de por qué es necesaria la cirugía y que no es su culpa que ella está enferma.
- Habla en voz baja.
- Anímelos a continuar con su trabajo de la escuela y proporcionar tutoría si es posible.
- Involucrar a la escuela para que brinde la asesoría, comprensión y solidaridad al paciente.
- Promover foros para los niños y adolescentes para discutir preocupaciones.
- Involucrare a sus amigos en su estadía en el hospital. Proporcionar sonrisas y optimismo.

El pronóstico

- Mantenga el sentido de "esperanza" viva.
- Enfoque en los resultados positivos.
- Discuta la vida después del cáncer.
- Dar aliento continuo tanto para el paciente y su familia.

- **Si usted ha sido diagnosticado con un cáncer ginecológico por favor póngase en contacto con nosotros y le enviaremos por correo una carpeta para ayudar a mantener un registro de su progreso. ****
- Contacto: Dra. Hope Haefner, Director ejecutivo, PO Box 3130, Ann Arbor, MI 48106-3130, (734) 663-7251.
hope@cbynca.org



4

Publicaciones y recursos de *Childhood Gynecologic Cancer Association (CGYNCA)*

[**School attendance in childhood cancer survivors and their siblings.**](#) *Journal of Pediatrics*, 162 (1) pp. 160-165. 2013. French, A.E., Tsangaris, E., Barrera, M., Guger, S., Brown, R., Urbach, S., Stephens, D., Nathan, P.C.

[**Validity of self-reported data on pregnancies for childhood cancer survivors: A comparison with data from a nationwide population-based registry.**](#) *Human Reproduction*, 28 (3) pp. 819-827. 2013

Overbeek, A., VanDenBerg, M.H., C.W.P.M., Kremer, L.C., VanDenHeuvel-Eibrink, MM., Tissing, W.J.E., Loonen, JJ., Versluys, A.B., Bresters, D., Kaspers, G.J.L., Lambalk, C.B., VanLeeuwen, F.E., Van Dumen-Den Broeder, E.

[**Endocrine health conditions in adult survivors of childhood cancer: the need for specialized adult-focused follow-up clinics.**](#) *European Journal of Endocrinology/European Federation of Endocrine Societies*, 168 (3) pp. 465-472. 2013. Brignardello, E., Felicetti, F., Castiglione, A., Chiabotto, P., Corrias, A., Fagioli, F., Ciccone, G., Bocuzzi, G.

Genetic variation may modify ovarian reserve in female childhood cancer survivors. Human Reproduction 28 (4) pp. 1069-1076. 2013. VanDorp, W., VanDenHeuvel-Ebrink, M.M., Stolk, L., Pieters, R., Uittlerlinden, A.G., Visser, J.A., Laven, J.S.E.

Clinical manifestations and MRI features of vaginal endodermal sinus tumors in four children. Pediatric Radiology, pp. 1-8. 2013 Liu,Q.-Y, Huang, L.X.-F.

2012

Psychological adjustment of children with cancer as compared with healthy children: A meta-analysis. European Journal of Cancer Care. 2012

Weschsler, A.M., Sanchez-Iglesias, I.

Ovaries on ice: Freezing fertility in preadolescent female cancer patients. Biopreservation and Biobanking, 10 (6) pp. 485-492. 2012

Bellew, E.A., McGaughey, R.W., Gallicano, G.I.

Second malignant neoplasms following radiotherapy. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9 (12) pp. 4744-4759. 2012, Kumar, S.

Results of a 7-day aprepitant schedule for the prevention of nausea and vomiting in 5-day cisplatin-based germ cell tumor chemotherapy. Supportive Care in Cancer, pp. 1-8. 2012, Olver, I.N., Grimson, P., Chatfield, M., Stockler, M.R., Toner, G.C Bebski, V., Harrup, R.

Treatment of ovarian endodermal sinus tumor to preserve fertility. Journal of the Chinese Medical Association. 2012, Chang, Y.-W., Chao, K.-C., Sung, P.-L., Li, W.H., Wang, P.-H.

Fertility preservation in pediatric, adolescent and young female cancer patients.

Pediatric Endocrinology Reviews. 10(1):174-87, 2012 Nov.

Ayensu-Coker L. Bauman D. Lindheim Sr. Breech L.

Reproductive function after treatment of ovarian germ cell malignancy.

Medical Journal of Malaysia. 67(1):71-6, 2012 Feb.

Anita AN. Rushdan MN

Treatment of malignant ovarian germ cell tumors and preservation of fertility. European Journal of Gynaecological Oncology.

Medical Journal of Malaysia. 67(1):71-6, 2012 Feb.

Zhang R. Sun YC. Zhang GY. Wu LY. Zuo J.

Management of ovarian and testicular sex cord-stromal tumors in children and adolescents.

Journal of Pediatric Hematology/Oncology. 34 Suppl 2:S55-63, 2012 May.

Schultz KA. Schneider DT. Pashankar F. Ross J. Frazier L

Preservation of fertility in females treated for cancer.

International Journal of Biological Sciences [Electronic Resource]. 8(7):1005-12, 2012. Chuai Y. Xu X. Wang A.

Surgical intervention strategies for pediatric ovarian tumors. Experience with 60 cases at one institution.

Pediatric Surgery International. 28(1):27-31, 2012 Jan. T. Souzaki R. Kinoshita Y. Yosue R. Kohashi K. Oda Y. Taguchi T.

Congenital anomalies in the children of cancer survivors. A report from the childhood cancer survivor study.

Journal of Clinical Oncology. 30(3):239-45, 2012 Jan 20.

Signorello LB. Mulvihill JJ. Green DM. Munro HM. Stovall M. Weathers RE. Mertens AC. Whitton JA. Robison LL. Boice JD Jr.

Fertility preservation in prepubertal girls prior to chemotherapy and radiotherapy. Review of the literature.

Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology. 25(5):284-8, 2012 Oct.

Lawrenz B. Rothmund R. Neunhoeffer E. Huebner S. Henes M.

Gonadal and extragonadal germ cell tumors in the United States.

International Journal of Andrology. 35(4):616-25, 2012 Aug.

Stand A. Trabert B. Wentzensen N. Cook MB. Rusner C. Oosterhuis JW. McGlynn KA.

Malignant transformation arising from mature cystic teratoma of the ovary. A report of six cases.

Journal of Obstetrics & Gynaecology Research. 38(5):849-53, 2012 May.

Ulker V. Numanoğlu C. Akbayır O. Akyol A. Tuncel A. Akça A. Aydin O.

Molecular genetic analysis of bilateral ovarian germ cell tumors.

Klinische Padiatrie. 224(6):359-65, 2012 Oct.

Hennes E. Zahn S. Lopes LF. Schonberger S. Leuschner I. Gobel U. Calaminus G. Schneider DT.

Pediatric and young adult patients and oncofertility. Current treatment options in Oncology.

(2012) 13: 161-173

Dillon, KE, Gracia, Clarisa R.

Teratomas and ovarian lesions in children. Surgical clinics of North America.

Surgical Clinics of North America. 92(3):599-613, viii, 212 Jun.

Amies Oelschlager AM. Sawin R.

Cryopreservation of ovarian tissue for fertility preservation in young female oncological patients.

Future Oncology. 8(5): 595-608, 2012 May.

Amies Oelschlager Am. Sawin R.

Fertility sparing surgery for ovarian tumors in children and young adults.

Future Oncology. 8(5):595-608, 2012 May.

Andersen CY. Kristensen SG. Greve T. Schmidt KT.

A clinicopathological analysis of 40 cases of ovarian Sertoli-Leydig cell tumors.

Gynecologic Oncology. 127(2):384-9, 2012 Nov.

Gui T. Cao D. Shen K. Yang J. Zhang Y. Yu Q. Wan X. Xiang Y. Xiao Y. Guo L.

Pediatric risk of malignancy index for preoperative evaluation of childhood ovarian tumors.

Pediatric Surgery International. 28(3):259-66, 2012 Mar.

Loh AH. Ong CL. Lam SL. Chua JH. Chui CH.

Embryonal Rhabdomyosarcoma of the uterine cervix. A report of 14 cases and a discussion of its unusual clinicopathological associations.

Modern Pathology. 25(4):602-14, 2012 Apr

NORMAS PARA AUTORES

1- El texto deberá enviarse a través de internet, en Words a: displasias_hcivil@live.com.mx; o dramlag@hotmail.com.

2- La extensión máxima de los originales será de cuatro hojas (8 cuartillas - páginas), incluyendo figuras o cuadros. Letra Arial #11, interlineado 1.5, margen normal.

3- Título del trabajo sin superar los 85 caracteres. Identificar los nombres de los autores, servicios o departamentos o institución (es) al que pertenece (n) y la dirección del primer autor. La identificación de los autores deberá hacerse con asteriscos (*, **, ***, ****), o números en superíndice.

4- Identificación de cada hoja de manuscrito, con número progresivo o iniciales.

5- si desea enviar imágenes obtenidas mediante colposcopia, serán valoradas para utilización en la sección “Imagenología Colposcopica de un Experto” agregando el crédito de cada autor. a) Las imágenes deberán ser nítidas y rigurosamente: ORIGINALES. B) Cada Imagen colposcopica deberá de ir acompañada de un texto-viñeta con una breve descripción de la misma (máximo 100 palabras), c) siempre se agregara el crédito de cada autor

6- Tipo de artículos: la revista publica información médica relacionada con el Tracto Genital Inferior, como: artículos originales, artículos de revisión, comunicación de casos, imágenes colposcopicas originales y cartas al editor.

7- Resumen: 250 palabras como máximo y deberá estar estructurado en antecedentes, material y método, resultados y conclusiones. Al final del resumen proporcionará de 3 a 10 palabras o frases clave en orden alfabético. En seguida se incluirá éste resumen (abstract) en inglés.

8- Texto: Los Artículos originales, se ordenan en secciones de la siguiente manera: página del título, resumen, abstract, introducción, material, método, resultados, discusión, referencias, cuadros, pies de figuras.

a) **Introducción.** Exprese brevemente el propósito del artículo. Resuma el fundamento lógico del estudio u observación

b) **Material y Métodos.** Describa claramente, de manera breve y ordenada

c) **Resultados.** Preséntelos siguiendo una secuencia lógica. No repita en el texto los datos de los cuadros o figuras.

d) **Discusión.** Insista en los aspectos nuevos e importantes del estudio. Establezca el nexo de las conclusiones

con los objetivos del estudio. Proponga una hipótesis cuando haya justificación para ello.

9- Referencias. Numere las referencias consecutivamente siguiendo el orden de aparición en el texto (identifique las referencias en el texto clicando los números en superíndice y sin paréntesis. No debe utilizarse el término "comunicación personal.

10- Transmisión de los derechos de autor. Se incluirá un manuscrito adjunto, con la carta firmada por todos los autores contenido los siguientes párrafos: "El/los abajo firmante/s transfiere/n todos los derechos de autor a la revista que será propietaria de todo el material remitido para publicación". Esta cesión tendrá validez en el caso de que el trabajo sea publicado por la revista. No se podrá reproducir ningún material publicado en la revista sin autorización de los autores.

11- Utilizamos los siguientes “Niveles de Evidencia”

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
I	Al menos un ensayo clínico controlado y aleatorizado diseñado de forma apropiada.
II-1	Ensayos clínicos controlados bien diseñados, pero no aleatorizados.
II-2	Estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferentemente multicéntricos.
II-3	Múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin intervención, y resultados sorprendentes en experiencias no controladas.
III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

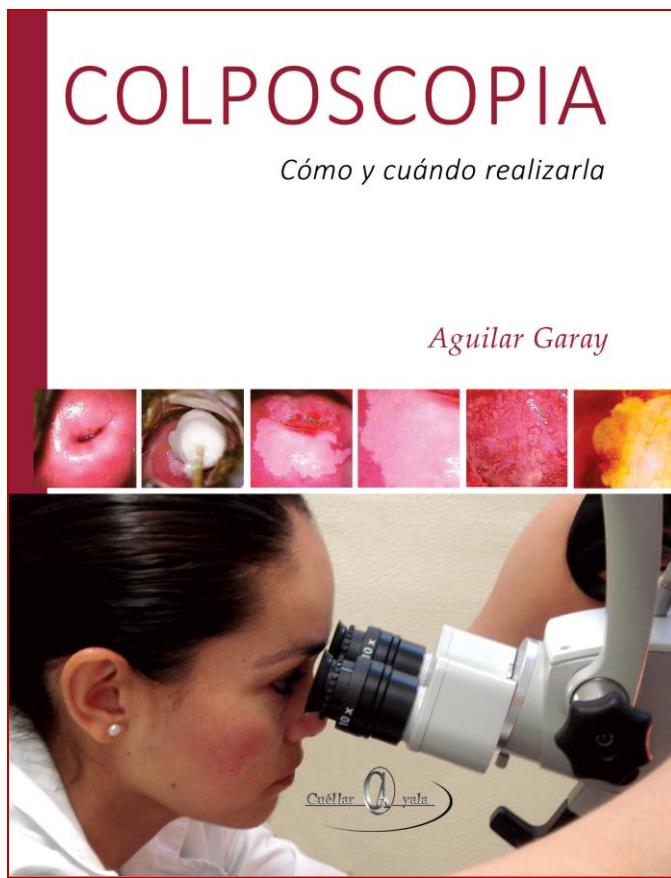
U. S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

12- La revista “Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior” se reserva el derecho de realizar cambios o introducir modificaciones en el estudio en aras de una mejor comprensión del mismo, sin que ello derive en un cambio de su contenido.

12- Toda correspondencia relacionada con trabajos que deseen ser publicados en ésta revista deberán dirigirse por vía electrónica a: Dra. Ma. de Lourdes Aguilar Garay; displasias_hcivil@live.com.mx; dramlag@hotmail.com; Tel, (33) 39 42 44 00 (41096), directo: (33) 36 40 14 82; (33) 36 42 49 77;

Publicación 2014

COLPOSCOPIA, cómo y cuándo realizarla.



Identificación:
Primera edición 2014
ISBN: 978-607-9274-8-5
220 páginas, pasta dura

© 2014 Editorial Cuéllar Ayala
Guadalajara, Jalisco, México
Tel. 0133-31267959
Fax 0133-31265211
Contacto:

francisco@cuellarayala.com.mx
nuria@cuellarayala.com.mx
www.cuellarayala.com

Impreso en México/Printed in Mexico
© Todos los derechos reservados.



El objetivo principal en la elaboración de ésta publicación, es la de ofrecer a los lectores una consulta ágil y consistente, acerca de la colposcopia, como el punto angular, central y general del texto.

CONTENIDO

PROLOGO

José Antonio Ruiz Moreno

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO COLPOSCÓPICO

Hans Hinselmann y la colposcopia, datos históricos. *Aguilar Garay ML.*
Características de un colposcopio. *Aguilar Garay ML.*
Indicadores y estándares de calidad en colposcopia. *Aguilar, Cantón R.*
Cuando y a quien realizar un estudio colposcópico. *Aguilar Garay ML.*
Nomenclatura y terminología colposcópica. *Lúa Alvarado RA.*
Sensibilidad y especificidad en colposcopia. *Vera Gaspar D.*

CAPÍTULO II. MORFOLOGÍA DEL TRACTO GENITAL INFERIOR

Embriología del tracto genital inferior. *Acosta Aguilar A.*
Anatomía y fisiología del cuello uterino. *Aguilar Garay ML.*
Citología e histología del cuello uterino normal. *Alonso de Ruiz P.*
Anatomía y fisiología de la vagina. *Moreno Vargas TH.*
Citología e histología de la vagina normal. *Juárez López G.*
Anatomía y fisiología de la vulva. *Ayala Castellanos MM.*
Citología e histología de la vulva normal. *Cerde Camacho F.*

CAPÍTULO III. COMPRENSIÓN DEL ESTUDIO COLPOSCÓPICO

Fundamentos del método colposcópico. *Mello Isa M.*
Materiales para realizar una colposcopia. *Aguilar Garay ML.*
Método para realizar una colposcopia. *López Velázquez JL.*
Cómo evaluar los hallazgos colposcópicos. *Aguilar Garay ML.*
El desarrollo de la colpotografía y la videocolposcopia. *Seidl Stefan.*
-Cómo obtener las mejores imágenes colposcópicas- *Aguilar Garay ML.*
Como obtener la mejor biopsia del cuello uterino. *Chávez Chávez JP.*
Zona de transformación normal. *Guzmán Martínez RG.*
Zona de transformación anormal. *Briseño Hanon H.*

CAPÍTULO IV. HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS

Hallazgos colposcópicos en el cuello uterino *Dexeus S., Dexeus D.*
Hallazgos colposcópicos en el endocervix. *Ojeda O., Ojeda P., Anaya C.*
Hallazgos colposcópicos en la vagina. *Guinto Balanzar JE.*
Hallazgos colposcópicos en la vulva. *Carrarach Tur M.*
Hallazgos colposcópicos durante la adolescencia. *Copollillo Pérez EF.*
Hallazgos colposcópicos durante el embarazo. *Aguilar Garay ML.*
Hallazgos colposcópicos durante el climaterio. *Aguilar Garay ML.*
Hallazgos colposcópicos después de una ataque sexual. *Aguilar Garay.*
Hallazgos colposcópicos en el ano. *Ojeda Ortiz J.*
Hallazgos colposcópicos en el hombre, androscopia. *García Acevez SJ.*

65 CMGO



"Por la excelencia en la salud de la mujer"

MONTERREY 2014

26 al 30 de octubre de 2014



ORGANIZADOR

**Colegio de Ginecología y Obstetricia
de Monterrey, A.C.**

Informes: <http://www.65cmgo.org.mx/>

Sede: Centro Internacional de Negocios Monterrey

Av. Fundidora No. 501 - Col. Obrera - Monterrey, N.L., México - C.P. 64010

