

## Trabajos originales

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas

### Manejo de las adolescentes con neoplasia intraepitelial cervical

*Dra. Ysis Margarita Martínez Chang y Dr. Miguel Sarduy Nápoles*

#### RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo en pacientes adolescentes que acudieron a la consulta de patología de cuello del Hospital "Ramón González Coro" en el período comprendido de enero de 2003 a mayo de 2005. El número de pacientes atendidas ascendió a 144 y de ellas 32 presentaron neoplasia intraepitelial cervical. El grupo de edades más frecuente resultó el comprendido entre 17 y 18 años, con una frecuencia referida entre 2 y 3 parejas sexuales. La infección de transmisión sexual más común fue el HPV. El resultado de las pruebas citológicas de más predominio fue el NIC I y el NIC II, correspondiendo a un mayor número de casos de colposcopia positiva, en las biopsias por ponche el NIC II es el más frecuente. La mayoría de casos con lesiones de alto grado el tratamiento fue cono por asa diatérmica. Teniendo en cuenta los hallazgos del estudio, sin modificar las normas del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino es importante realizar estudios citológicos y colposcópicos a pacientes menores de 25 años siempre que existan factores de riesgo.

*Palabras clave:* Neoplasia intraepitelial cervical, infección por virus del papiloma humano, adolescentes.

El objetivo principal de este estudio era identificar la presencia de lesiones de neoplasia intraepitelial cervical en un grupo de adolescentes, también describir los factores de riesgos precoces en adolescentes con NIC y enumerar la conducta terapéutica según el grado de la lesión.

En la primera mitad del siglo xx el cáncer cervical invasor era el cáncer más común del tracto reproductor femenino en EE. UU. Desde 1950 tanto la incidencia como la tasa de mortalidad han disminuido, de modo que la enfermedad ocupa ahora el segundo lugar en incidencia después del cáncer de ovario en la población femenina total.<sup>1</sup>

Cada año se producen en todo el mundo alrededor de 466 000 casos nuevos de cáncer cervicouterino, que provoca la muerte de 231 000 mujeres por año, 1 de las cuales más de 80 % ocurren en los países en vías de desarrollo.

El cáncer cervicouterino es la lesión maligna del aparato genital femenino, más frecuente en América Latina y el Caribe, se calcula que cada año se presentan alrededor de 68 000 casos nuevos de este cáncer en la región de las Américas.<sup>2</sup>

El progreso en la reducción de la mortalidad por cáncer cervical se atribuye principalmente a la introducción del examen de detección del cáncer cervical como parte de los exámenes ginecológicos regulares. Pocos países subdesarrollados cuentan con un programa de este tipo que permita el diagnóstico preclínico o temprano de esta neoplasia, de ahí, la alta incidencia y mortalidad que se reporta en ellos.

El examen regular con el frotis de Papanicolaou comenzó en la década de los años cincuenta y se ha convertido en el estándar de asistencia en la mayoría de los países desarrollados, lo que ha conducido a un incremento en el diagnóstico y tratamiento de neoplasia intraepitelial cervical precursora del cáncer de cérvix.<sup>1</sup> Este método sencillo de toma de muestra para citología orgánica se basa en aprovechar la exfoliación inducida o espontánea de las células del cuello uterino para la detección de las lesiones cervicales preinvasoras, por lo que su uso se extendió rápido.<sup>3</sup>

Desde 1968 el Ministerio de Salud Pública con la colaboración de las organizaciones de masas desarrollan un Programa para el Diagnóstico Precoz del Cáncer del Cuello del Útero en Cuba. Durante los años transcurridos millones de mujeres han sido sometidas al estudio de citología cervicovaginal y miles han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano de la enfermedad; este programa tiene como propósito el de contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción y protección.

En el año 1998 la tasa de cáncer de cuello uterino en Cuba fue de 6,6 x 100 000 mujeres. La citología orgánica se realiza en la población femenina de 25 a 59 años que haya tenido vida sexual activa, con periodicidad cada 3 años. La unidad de detección se cumple en los Consultorios de Médicos de Familia, en los Policlínicos con Médicos de Familia o en los Hospitales Rurales que realicen acciones primarias de salud.

Se ha observado un aumento de la incidencia de lesiones premalignas de cuello uterino (lesiones de bajo o alto grado) en edades precoces debido entre otros factores a:

- Cambio de los hábitos sexuales de las nuevas generaciones, relaciones sexuales precoces.
- Promiscuidad.
- No uso de anticonceptivos de barrera (condón).
- Aumento de las infecciones de transmisión sexual relacionadas con la etiología del cáncer cervical, fundamentalmente virus del papiloma humano (HPV).<sup>4</sup>

La adolescencia fue considerada por largo tiempo como una etapa de tránsito entre la niñez y la adultez, y, por lo tanto, se le dedicaba escasa atención. En la medida en que las sociedades se han ido desarrollando, la “adolescencia” ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia; esto está dado, entre otras cosas, por el incremento de años de vida de los individuos que deberán ser dedicados a la instrucción y el estudio, lo que prolonga que alcancen su independencia económica y social, por lo que el porcentaje de población en estos grupos de edades aumenta y se convierte en una cifra importante.

Por todo lo antes expuesto es que se considera actualmente la adolescencia como una etapa de la vida bien definida con características propias. La Organización Mundial de la Salud la ha definido 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 desde los del niño hasta los del adulto.

*Social*: transición del estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia.<sup>5</sup>

La actual epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es la mayor amenaza para la salud de los adolescentes; esto incluye el riesgo de infertilidad, cáncer y muerte. Las ITS representan la más diseminada y devastadora enfermedad que enfrentan los jóvenes hoy día.

Este grupo de población tiene un mayor riesgo de contraer una ITS, dado fundamentalmente por sus conductas sexuales, aunque algunos de estos factores son atribuibles a sus características biológicas.

Se conoce que las células de la vagina y el cérvix son más susceptibles a la infección en la niña y la joven. Estas células y el medio vaginal van a sufrir cambios durante la adolescencia, los cuales provocan que al final de ese período exista una mayor resistencia a las infecciones. Esto hace que las adolescentes, sobre todo en los estadios más precoces, tengan mayor riesgo de contraer una ITS que una mujer adulta cuando tiene relaciones sexuales con un hombre infestado.<sup>5</sup>

La lesión intraepitelial se refiere a lesiones confinadas al epitelio cervical parcial o total, cuyas células con diversos grados de anomalías de diferenciación y maduración tienen características morfológicas, genéticas y metabólicas similares a las células cancerosas. Este término incluye desde el punto de vista histológico, según la clasificación de Richard a las NIC I, II y III.<sup>2</sup>

El *cáncer cervical* es claramente una enfermedad multifactorial y los virus del papiloma no son suficientes en sí mismos para la inducción del tumor, siendo necesarios otros factores y cofactores adicionales como el tabaquismo, algunos microorganismos, deficiencias nutritivas, antioxidantes, retinoides y de modo muy específico la deficiencia del sistema inmunológico, algunos de estos al actuar sinérgicamente podrían en un tiempo de alrededor de 25 años, evolucionar hasta la enfermedad maligna pasando por las lesiones intraepiteliales.<sup>6</sup>

Teniendo en cuenta todo lo anterior, los autores decidieron realizar un estudio de las adolescentes que presentaron neoplasia intraepitelial cervical y sus diversos grados, atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Ginecobstétrico “Ramón González Coro”.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo en las pacientes adolescentes que acudieron a la consulta de patología de cuello del Hospital “Ramón González Coro”, en el período comprendido de enero de 2003 a mayo de 2005.

El número de pacientes atendidas ascendió a 144. De ellas 32 presentaron patologías de cuello, que fueron objeto de este estudio.

Los resultados se presentan en cuadros y gráficos y se utilizó el porcentaje como medida de resumen.

## RESULTADOS

*Tabla 1.* Distribución de las pacientes según la edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14	2	6,3
16	5	15,6
17	7	21,9
18	7	21,9
19	5	15,6
20	6	18,8
Total	32	100,0

En la tabla se muestran las pacientes estudiadas que comprenden entre 14 y 20 años. El grupo más frecuente resultó el de 17 y 18 años, destacándose que existen 2 pacientes con la edad de 14 años.

*Tabla 2.* Distribución de las pacientes según la menarquia

Edad	Frecuencia	Porcentaje
9	2	6,3
10	3	9,4
11	4	12,5
12	11	34,4
13	8	25,0
14	4	12,5
Total	32	100,0

La menarquia más frecuente es en la edad 12 y 13 años.

*Tabla 3.* Distribución de las pacientes según la edad de las primeras relaciones sexuales

Edad	Frecuencia	Porcentaje
12	1	3,1
13	2	6,3
14	6	18,8
15	13	40,6
16	5	15,6
17	5	15,6
Total	32	100,0

El inicio de las primeras relaciones sexuales es más frecuente a los 15 años.

Tabla 4. Distribución de las pacientes de acuerdo con el número de parejas sexuales

Edad	Frecuencia	Porcentaje
2	17	53,1
3	15	46,9
Total	32	100,0

El número de parejas sexuales entre las pacientes oscila entre 2 y 3.

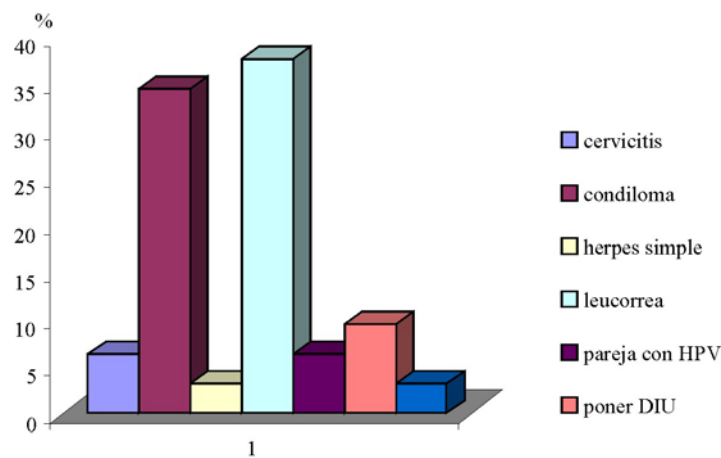


Fig. 1. Distribución de las pacientes según el motivo de consulta.

La causa más frecuente de consulta es la presencia de condilomas en los genitales externos y en segundo lugar la leucorrea. Otras menos frecuentes son para colocar DIU, pareja sexual con HPV, sangramiento poscoital y herpes simple genital.

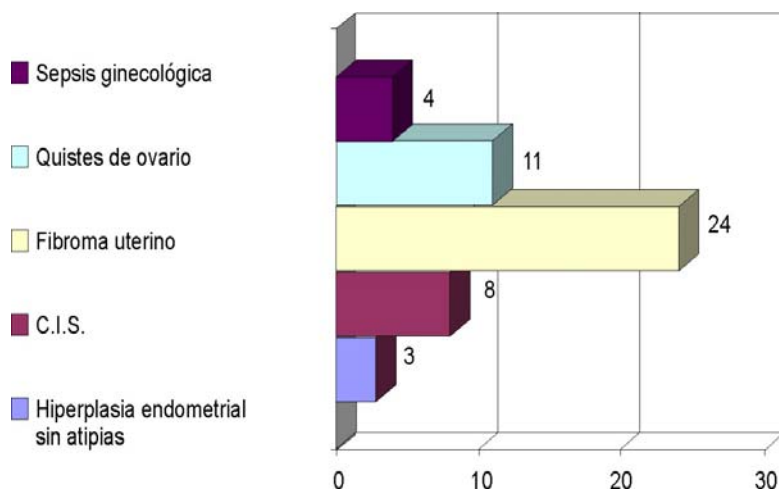
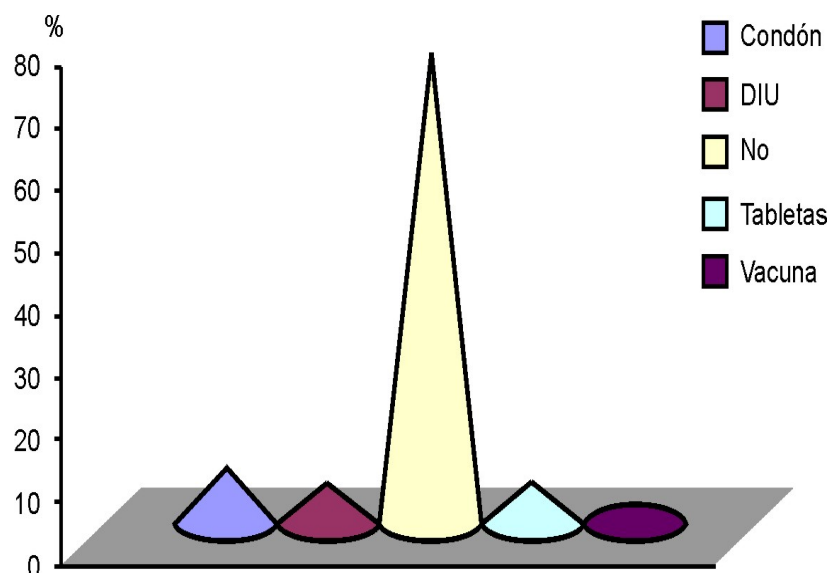


Fig. 2. Distribución de las pacientes de acuerdo con la historia obstétrica.



*Fig. 3.* Distribución de los métodos anticonceptivos utilizados en las pacientes.

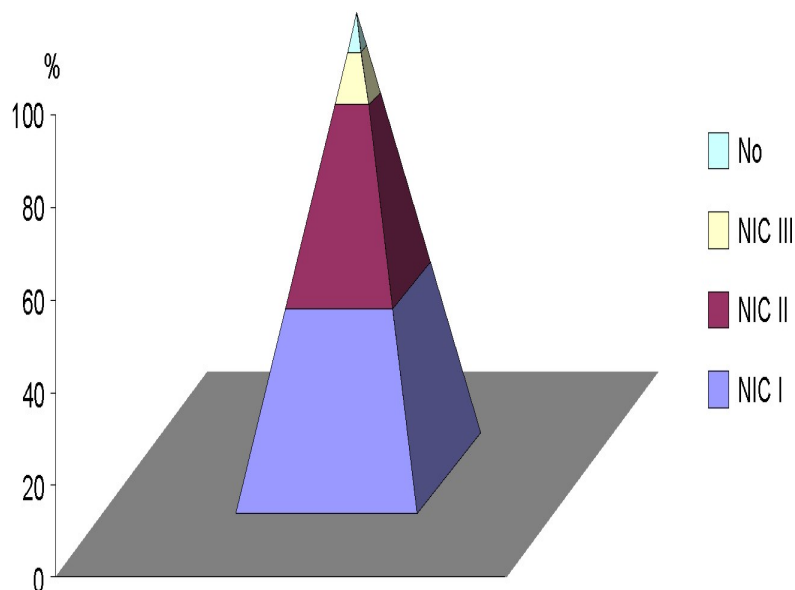
En el primer gráfico la frecuencia de aborto provocado es de 43,8 % y de no haber tenido embarazo 34,4 %.

En el segundo gráfico 75 % no usó métodos anticonceptivos, 25 % usó condón, métodos hormonales 9,4 % y DIU 6,3 %.

*Tabla 5.* Distribución de las pacientes asociadas con las infecciones de transmisión sexual

Infecciones	Frecuencia	Porcentaje
Herpes simple	2	6,3
HPV	21	65,6
No	9	28,1
Total	32	100,0

De las infecciones de transmisión sexual (ITS) la más frecuente fue el HPV, que ocupó 65,6 %, no presentaron ITS 28,1 % y presentaron herpes genital simple 6,3 % de las pacientes.



*Fig. 4.* Distribución de las pruebas citológicas realizadas a las pacientes.

De las pruebas citológicas realizadas en las pacientes del grupo de estudio 34,4 % resultaron NIC I y NIC II con el mismo porcentaje, 15,6 % fueron negativas y 9,4 % NIC III. Solo en 6,3 % no fue realizado dicho proceder.

*Tabla 6.* Distribución de las colposcopias realizadas a las pacientes

Colposcopia	Frecuencia	Porcentaje
Negativa	4	12,5
Pendiente	2	6,3
Positiva	26	81,3
Total	32	100,0

El resultado de la colposcopia que se expone expresa que 81,3 % fue positivo, 12,5 % fue negativo y pendiente a realizar 6,3 %

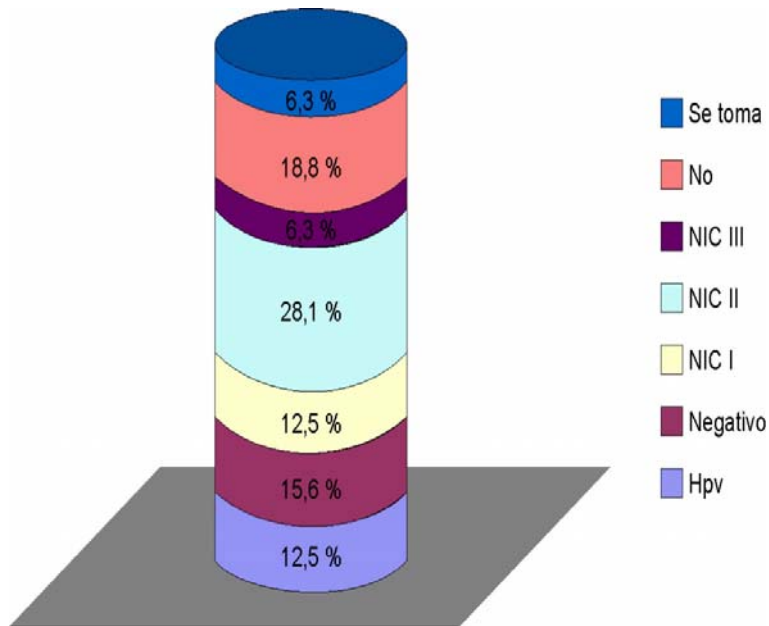


Fig.5. Distribución de las biopsias por ponche realizadas a las pacientes.

En las biopsias por ponches realizadas se encontró que el mayor número de casos fue el NIC II (28,1 %), NIC I, HPV (12,5 %) y NIC III (6,3 %).

Tabla 7. Distribución del resultado de las biopsias por legrado del canal endocervical en las pacientes

Biopsias	Frecuencia	Porcentaje
HPV	1	3,1
Negativo	6	18,8
NIC II	3	9,4
No	22	68,8
Total	32	100,0

De estas pacientes, a 56,3 % no se le hizo legrado endocervical y en 18,8 % el resultado fue negativo; 9,4 % fue NIC II y 3,1 % HPV.

Tabla 8. Interrelación de los resultados de la colposcopia y la biopsia por ponche

Biopsia por ponche	Colposcopia			Total
	Negativa	Pendiente	Positiva	
HPV			4	4
Negativo			5	5
NIC I			4	4
NIC II	2		7	9
NIC III			2	2
No	2	2	2	6
Se toma			2	2
Total	4	2	26	32



De las 26 pacientes en las que la colposcopia fue positiva, hubo concordancia en el diagnóstico en todos los casos de NIC I, NIC III y HPV.

*Tabla 9. Interrelación de los resultados de las biopsias por ponche y tratamiento*

Biopsia	Tratamiento					Total
	Albothil	Cono	Observaciones	TDL	Tratamiento	
HPV		1		3		4
Negativo	1		4			5
NIC I			2	1	1	4
NIC II		4	1	4		9
NIC III		2				2
No	2	3	1			6
Se toma	2					2
Total	4	10	8	8	1	32

A 10 pacientes se les realizó cono por asa diatermia y a 8 TDL, quedando bajo observaciones 8 que no se le impuso tratamiento.

## DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestran las pacientes estudiadas que comprenden entre 14 y 20 años. El grupo más frecuente resultó el de 17 y 18 años. Estos resultados coinciden con otros autores, los cuales afirman que tener las primeras relaciones sexuales en edades tempranas constituye un factor de riesgo en el desarrollo del cáncer cervical (Cabezas E. Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infanto Juvenil sobre el Embarazo en la Adolescencia, febrero 2005).<sup>1,5</sup>

La edad de la menarquia se encuentra reflejada en la tabla 2, donde la más frecuente es la de los 12 y 13 años.

Una adolescente deberá entrar en la pubertad a más tardar a los 14 años y la edad máxima para la aparición de la primera menstruación suele considerarse los 15 años como refieren los doctores Héctor Machado y Jorge Peláez en su Capítulo V del libro “Ginecología Infanto/Juvenil Salud Reproductiva del Adolescente”.<sup>5</sup>

Atendiendo a los resultados expuestos en la tabla 3 la edad más frecuente del inicio de las primeras relaciones sexuales es de 15 años y como se afirma en el Programa de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino, los grupos de alto riesgo incluyen aquellas adolescentes que han comenzado sus relaciones sexuales antes de los 20 años y de manera marcada las que comenzaron a tenerla antes de los 18 años.<sup>4</sup>

La adolescencia intermedia comprendida entre los 15 y 17 años es la etapa más importante y trascendental en las adolescentes en el medio cubano, pues se debe tener en cuenta que es precisamente en estas edades cuando se produce el inicio de sus relaciones sexuales coitales. Son, por tanto, frecuentes motivos de consulta la orientación anticonceptiva, las infecciones genitales y enfermedades de transmisión

sexual, la sospecha de embarazo y solicitud de interrupción de este y muchos otros vinculados al inicio de la vida sexual.

Por eso es en este grupo de pacientes donde se debe desarrollar al máximo la labor educativa y preventiva para evitar o modificar los factores de riesgo reproductivo y preservar la salud reproductiva de las jóvenes y su proyecto de vida.<sup>5,7</sup>

Según se puede apreciar en la tabla 4 las pacientes tuvieron una frecuencia del número de las parejas sexuales que oscila entre 2 y 3, aunque este dato no es muy confiable porque las adolescentes pueden ocultar el número de compañeros sexuales por pena hacia el personal de salud. Autores nacionales e internacionales plantean que los múltiples compañeros sexuales son factores de riesgo asociados al desarrollo del cáncer cervical, lo que coincide con este análisis (Cabezas E. Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infante Juvenil sobre el Embarazo en la Adolescencia, febrero 2005).<sup>1,4,5</sup>

Como se muestra en la figura 1 las pacientes del estudio no están incluidas en el Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cervicouterino sino que se trata de un grupo de adolescentes con riesgo a desencadenar una patología de cuello, sus motivos de consulta son diversos, la causa más frecuente es la presencia de condilomas en los genitales externos y en segundo lugar la leucorrea, causa que la induce a acudir a la consulta, constatándose al examen físico algún tipo de anormalidad que obligue a continuar con otros estudios que más adelante se debatirán. Otras causas menos frecuentes por las que acuden a la consulta es para colocar DIU, pareja sexual con HPV, sangramiento poscoital y herpes simple genital.

En la figura 2 la frecuencia de pacientes adolescentes con historia obstétrica de haberse realizado un aborto provocado es de 43,8 % y de no haber tenido embarazo 34,4%, cifra que no es tan elevada si la comparamos con la figura 3 donde 75 % no usaron métodos anticonceptivos y 25 % restante usaron condón (9,4 %), métodos hormonales (9,4 %) y DIU (6,3 %).

El número de partos desciende a 3,1 %; aunque no se recogen en las historias clínicas el grado de escolaridad de estas pacientes, la mayoría se encuentra en edad escolar en los niveles de secundaria básica, preuniversitario y técnico medio; por encontrarse vinculadas al sector educacional no desean tener hijos y como resultado prefieren realizar el aborto.

Se debe resaltar que la incidencia global de abortos inducidos en Cuba ha mantenido en el pasado quinquenio una tendencia decreciente, la tasa de aborto en menores de 20 años se ha mantenido históricamente por encima de la tasa global y en el quinquenio 1990 – 1995 fue 1,4 veces mayor que la del grupo de 12 a 49 años, a estas cifras se deben añadir las regulaciones menstruales de las cuales se acepta que alrededor de 60 % son interrupciones tempranas de la gestación, por lo que esta problemática en la adolescente es un serio problema que se debe enfrentar.<sup>5,8</sup>

No deja de ser un problema el embarazo en la adolescencia porque en la actualidad tiene una significación diferente y evoca una anomalía social que entraña riesgos de tipo psicológico social como expresó el doctor Evelio Cabezas en la Conferencia del Diplomado de Ginecología Infante Juvenil (Cabezas E. Conferencia del Diplomado de Ginecología en Infante Juvenil sobre el Embarazo en la Adolescencia, febrero 2005).

*Mestwerdt* consideraba doble función del epitelio cervical la acción periódica de las hormonas, la influencia de los procesos inflamatorios crónicos y los traumatismos (en especial del parto y del aborto) como factores que desencadenan procesos reparativos y constituyen la base de la aparición de displasia (Primer Congreso Mundial de Colposcopia y Patología Cervical Uterina y Octava Reunión anual. 1973. Molachino. Establecimiento Gráfico S.A. Rosario. Argentina [Mestwerdt. Coplesson y Jordan]).

De las infecciones de transmisión sexual (ITS) la más frecuente fue el HPV, que ocupó 65,6 %, no presentó ITS 28,1 % y presentó herpes genital simple 6,3 % de las pacientes, como se muestra en la tabla 5. Entre los factores que determinan la persistencia de la infección de HPV y su progresión hacia la displasia o carcinoma se encuentra el tipo de virus y la presencia de cofactores como el estado inmunológico del individuo (Ministerio de Salud Pública. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento, 2004).

El herpes simple es una infección caracterizada por una lesión primaria localizada y se conocen 2 tipos el I y el II, por lo general producen síndromes clínicos diferentes, según la vía de entrada, aunque teniendo en cuenta los tipos de prácticas sexuales ambos pueden infestar el aparato genital.

La infección por el virus de herpes simple no siempre es sintomática. El contagio ocurre casi siempre por contacto directo con lesiones genitales u orales, durante las relaciones sexuales sin protección. La transmisión no depende necesariamente de la presencia de lesiones activas, puede existir virus en la saliva incluso hasta 7 semanas después del restablecimiento de lesiones orales (Ministerio de Salud Pública. Infecciones de transmisión sexual. Pautas para su tratamiento, 2004).

La situación actual epidémica de las ITS en combinación con las actitudes y conductas de los adolescentes en la esfera sexual, convierten esta situación en una bomba de tiempo. Esto solo puede combatirse con un incremento en la información a los jóvenes, mientras más preparados estén mejor podrán enfrentar estos riesgos. Cuando logren reconocer y aceptar los riesgos que afrontan al tener actividad sexual sin protección, comenzarán a valorar y practicar relaciones sexuales protegidas.<sup>5</sup>

En la figura 4 se muestra el resultado de las pruebas citológicas realizadas en las pacientes del grupo de estudio, 34,4 % resultó NIC I y ese mismo porcentaje de NIC II, 15,6 % fue negativo y 9,4 % NIC III; solo en 6,3 % no fue realizado dicho proceder. Es válido comentar que no todas estas pruebas fueron realizadas en el Hospital “Ramón González Coro” pues algunas pacientes trajeron los resultados de otros centros y vienen a continuar seguimiento en la consulta.

El resultado de la colposcopia que se expone en la tabla 8 expresa que 81,3 % fue positivo, 12,5 % fue negativo y pendiente a realizar 6,3 %; teniendo en cuenta que este estudio está realizado hasta el mes de mayo de 2005.

El término de colposcopia positiva se aplica a los hallazgos colposcópicos anormales según la clasificación de la Federación Internacional propuesta en el IX Congreso de Patología Cervical y Colposcopia Sydney, Australia 1996, de acuerdo con la recomendación del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino publicada en el 2001 y vigente en los momentos actuales.<sup>4</sup>

#### Clasificación colposcópica:

1. Hallazgos colposcópicos normales.
  - Epitelio escamoso original
  - Ectopia (epitelio columnar)
  - Zona de transformación típica
2. Hallazgos colposcópicos anormales.
  - Keratosis (leucoplasia)
  - Zona acetoblanca
  - Puntilleo
  - Mosaico
  - Irregularidades vasculares (vasos atípicos)
3. Carcinoma invasivo
4. Otros.

El doctor Malcom Coppleson en Australia plantea que en su país han adoptado un nuevo enfoque que se aparta algo de la escuela alemana original, porque concentraron la atención sobre la zona solamente identificable con el colposcopio, que se ha dado en llamar zona de transformación. Presentaba una clasificación para dicha zona en típica y atípica. La primera siempre benigna y la segunda con capacidad de transformación maligna.<sup>9</sup>

El doctor Joseph A. Jordan de Inglaterra plantea que todas las pacientes con citología anormal debieran contar con un examen colposcópico cervical (Primer Congreso Mundial de Colposcopia y Patología Cervical Uterina y Octava Reunión anual. 1973. Molachino. Establecimiento Gráfico S.A. Rosario. Argentina [Mestwerd. Copleston y Jordan]).

En la figura 5 se expresan los resultados de las biopsias por ponches de las pacientes. Es válido destacar que al igual que los resultados de las pruebas citológicas aquí también hay un número de pacientes que provienen de otros centros y traen realizado este proceder que se confirma con las láminas traídas por ellas.

En las biopsias por ponches realizadas se encontró que el mayor número de casos fue el NIC II (28,1 %), NIC I, HPV (12,5 %) y NIC III (6,3 %). No se tomó muestra en 18,8 % y en 2 casos sí le fue tomada pero está pendiente el resultado. En 15,6 % de los casos el ponche fue negativo.

En todos los casos que se le realizó biopsia dirigida por ponche presentaron un patrón colposcópico anormal

En la tabla 7 se expresan los resultados de la biopsia del canal endocervical. Aquí se incluyó el cepillado y el legrado del canal. Este estudio se les realizó a pacientes en las cuales la colposcopia fue positiva y sus lesiones penetraban en el canal. De estas

pacientes, 56,3 % no se le hizo dicho proceder y en 18,8 % el resultado fue negativo. Resultó ser un NIC II 9,4% y 3,1% HPV.

En la tabla 8 se interrelacionan los resultados de la colposcopia y la biopsia por ponche. De las 26 pacientes en las que la colposcopia fue positiva, hubo concordancia en el diagnóstico en todos los casos de NIC I, NICIII y HPV.

En el NIC II de 9 casos diagnosticados, 2 tuvieron colposcopia negativa y 7 positiva.

Aún quedan casos por realizar colposcopia o está pendiente el resultado de las biopsias y en otros no se les tomó la muestra.

Según se puede apreciar en la tabla 9 se relaciona el resultado de la biopsia y el tratamiento impuesto a las pacientes.

De los 4 casos que la biopsia por ponche fue HPV en un caso se le realizó cono, vale destacar que este caso fue uno de los que vinieron con el tratamiento realizado de otro centro de salud. El resultado de la prueba citológica fue NIC III y al realizarle la biopsia por cono fue HPV. Tres de los casos se le hizo tratamiento destructivo local (TDL) que incluye criocirugía o electrofulguración.

De los 4 casos que se le diagnosticó NIC I, por biopsia, 2 de ellos están bajo observación sistemática, uno se le hizo TDL y otro se trató una leucorrea.

Al igual que *Koss* “Aunque existan evidencias bastantes favorables que muchas de las lesiones de bajo grado desaparecen espontáneamente, existen numerosas excepciones a esta regla”, así se demostró en este estudio.<sup>10</sup>

En los 9 casos de NIC II, a 4 se les realizó cono, 4 TDL y 1 se mantuvo bajo seguimiento por observación, además en los 2 casos de NIC III el tratamiento fue cono por asa diatermia.

Existen todavía casos que están pendientes a la toma de muestra de biopsia o a sus resultados.

Se concluye que el grupo de edades más frecuente resultó el comprendido entre 17 y 18 años, destacándose que existen 2 pacientes con 14 años; la menarquia ocurrió entre los 12 y 13 años en la mayoría de los casos; el inicio de las primeras relaciones sexuales ocurre aproximadamente a los 15 años como promedio, la frecuencia referida del número de las parejas sexuales oscila entre 2 y 3; la presencia de condilomas en los genitales externos y leucorrea es la causa más frecuente del motivo de consulta; 43 % de las pacientes se realizó un aborto provocado y 75 % no utilizó métodos anticonceptivos. La ITS más frecuente fue el HPV; el resultado de las pruebas citológicas de más predominio fue el NIC I y el NIC II con 34%, correspondiendo a un mayor número de casos de colposcopia positiva (81 %), el NIC II resultó ser el más frecuente en las biopsias por ponche. En el gran número de casos con lesiones de alto grado el tratamiento fue cono por asa diatérmica.

No se pretende recomendar una modificación del Programa Nacional de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino que ha venido desarrollándose en el beneficio de las

mujeres con un diagnóstico temprano de la enfermedad, sin embargo, no se puede pasar por alto que las adolescentes menores de 20 años con factores de riesgo asociados pueden presentar infección por HPV y desencadenar los cambios displásicos del cuello uterino.

## **Management of the adolescents with intraepithelial cervical neoplasia**

### **SUMMARY**

A descriptive study was conducted in adolescent patients that received attention at the cervical pathology consultation of “Ramón Gonzalez Coro” Hospital from January 2003 to May 2005. The number of patients ascended to 144 and of them 32 presented neoplasias. The age group 17–18 was the most common with a frequency referred between 2 and 3 sexual partners. HPV was the most common sexually transmitted infection. NCI I and NIC II were the most frequent results of the cytology tests, corresponding to a higher number of positive colposcopy cases. In the punch biopsies, NIC II was the common. In most of the cases with high degree lesions the treatment was conization with diathermic snare. Taking into account the findings of the study, and without modifying the norms of the National Program for the Early Detection of Uterine Cervix Cancer, it is important to conduct cytologic and colposcopic studies in patients under 25 as long as there are risk factors.

*Key words:* Cervical intraepithelial neoplasia, HPV infection, adolescents.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Te Linde. Ginecología Quirúrgica 8va. ed. Cáncer del cérvix. Cap 42 Buenos Aires:Ed Med Panamericana; 1995.
2. Cabezas E. Lesiones intraepiteliales del cuello uterino en edades extremas. Rev Cubana Obstet Ginecol 2000;26(3).
3. Rodríguez Armas O, Santiso Gálvez R, Calventi V. Libro de Texto de FLASOG vol. 1. Caracas: Editorial Ateproca; 1996. p. 293-311.
4. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de diagnóstico precoz del cáncer cérvico uterino. Colectivo de autores. La Habana, 2001.
5. Peláez Mendoza J. Adolescencia y juventud. Desafíos actuales. Cap. 1, 5, 7, 9, 11. La Habana:Ed. Científico Técnica; 2003.
6. Cabezas Cruz E. Conducta a seguir ante la NIC. Rev Cubana Obstet Ginecol 1998;24(3):156-60.
7. Cabezas E. Edad al inicio de las relaciones sexuales y carcinoma del cuello uterino. Rev Cubana Obstet Ginecol 1985;11(1):97-103.
8. Peláez J. Métodos anticonceptivos: actualidad y perspectivas para el nuevo milenio, La Habana:Ed. Científico-Técnica; 2001.
9. De Palo G, Vecchione A. Neoplasia intraepitelial del cuello uterino. En: Colposcopia y patología del tracto genital inferior. De Palo G. ed. Buenos Aires:Ed. Med. Panamericana; 1992. p. 235-71.
10. Koss LG. The new Bethesda System for reporting results of smears of the uterine cervix. J Nat Cancer Inst 1990;82:988.

Recibido: 8 de septiembre de 2005. Aprobado: 11 de octubre de 2005.  
Dra. *Ysis Margarita Martínez Chang*. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.  
Correo electrónico: [isis.chang@infomed.sld.cu](mailto:isis.chang@infomed.sld.cu)