



Incidencia y evolución de lesiones epiteliales cervicouterinas en mujeres menores de 25 años

Incidence and evolution of cervical epithelial lesions in women under 25 years of age

Raydel Marrero Fernández, ¹ José Guillermo Sanabria Negrín, ² Ana Margarita Barrabés Mazón, ³ Inalvis de la Caridad Cruz Hernández ⁴

¹ Médico. Especialista de Primer Grado en Histología. Instructor de Histología. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. raydel06@ucm.pri.sld.cu

² Médico. Especialista de Segundo Grado en Histología. Profesor Auxiliar y Consultante. Investigador Auxiliar. Doctor en Ciencias Biológicas. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. joseg_50@infomed.sld.cu.

³ Médico. Especialista de Primer Grado en Histología. Instructora de Histología. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. raydel06@ucm.pri.sld.cu

⁴ Médico. Especialista de Primer Grado en Histología. Instructora de Histología. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. inalvis70@infomed.sld.cu.

Recibido: 27 de abril de 2018

Aprobado: 18 de junio de 2018

Citar como: Marrero Fernández R, Sanabria Negrín JG, Barrabés Mazón AM, Cruz Hernández I de la C. Incidencia y evolución de lesiones epiteliales cervicouterinas en mujeres menores de 25 años. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado: fecha de acceso]; 22(4): 729-740. Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3600

RESUMEN

Introducción: las mujeres menores de 25 años constituyen un grupo de riesgo para las lesiones cervicales uterinas y hay que conocer la incidencia, la tendencia temporal y la evolución histológica de las mismas.

Objetivo: evaluar la incidencia, tendencia, factores de riesgo y evolución histológica de lesiones cervicales en mujeres pinareñas menores de 25 años (2003 y 2014, 12 años).

Método: estudio con componentes descriptivos y analíticos. Población: la pinareña de esos grupos de edades. Muestra: Aquellas con diagnóstico histopatológico. Se emplearon frecuencias y tasas, coeficiente de correlación de Pearson, X^2 y OR e IC al 95 % para la búsqueda de asociación entre variables.

Resultados: incrementó el número de mujeres con neoplasias intraepiteliales cervicales: tasa global de 19.3 (2003) vs 573.0/100000 mujeres (2014). La tasa promedio anual fue de 200.1 lesiones/100 000 mujeres. Se encontró asociación entre la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales y la presencia del virus del papiloma humano con la presencia de neoplasias intraepiteliales cervicales ($p < 0,05$). Fueron Viñales, Pinar del Río y Sandino los municipios de mayor incidencia anual. Sólo aproximadamente 4 % regresaron y 8 % evolucionaron a grados superiores de neoplasias intraepiteliales cervicales después de 2 años de seguimiento. El cáncer invasor fue escaso.

Conclusiones: las neoplasias intraepiteliales cervicales son las lesiones cervicales más frecuentes, y su estabilidad en el tiempo es una prueba de que no se deben incluir a estas mujeres en programas masivos de pesquisaje.

DeCS: ADOLESCENTE; ADULTO JOVEN; NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL; EVOLUCIÓN CLÍNICA; FACTORES DE RIESGO.

ABSTRACT

Introduction: women under 25 years of age constitute a risk group for uterine cervical lesions and its incidence, temporal trend and the histological evolution of them must be known.

Objective: to evaluate the incidence, trend, risk factors and histological evolution of cervical lesions in women under 25 years of age in Pinar del Río during 12 years (from 2003 to 2014).

Method: analytical study with descriptive components. Population: women of the same age bracket from Pinar del Río. Sample: those with the histopathological diagnosis. Frequencies and rates, Pearson correlation coefficient, X^2 , Odd Ratio and 95% of Confidence Interval were used for the search of association between the variables.

Results: the number of women with cervical intraepithelial neoplasms increased: overall rate of 19.3 (2003) vs. 573.0 / 100 000 women (2014). The average annual rate was 200.1 injuries / 100 000 women. An association was found between the age of the first sexual intercourse, the number of sexual partners and the presence of human papilloma virus with the presence of cervical intraepithelial neoplasms ($p < 0.05$). The municipalities with the highest annual incidence were Viñales, Pinar del Río and Sandino; only 4%

resolved and 8% evolved to higher degrees of cervical intraepithelial neoplasms after 2 years of follow-up. Invasive cancer was scarce.

Conclusions: cervical intraepithelial neoplasms are the most frequent cervical lesions, and their stability over time corroborates these women should not be included in massive screening programs.

DeCS: ADOLESCENT; YOUNG ADULT; CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA; CLINICAL EVOLUTION; RISK FACTORS.

INTRODUCCIÓN

El cáncer del cuello uterino ocupa el segundo lugar de morbilidad por cáncer, después del cáncer de mama en todo el mundo. ⁽¹⁾ Sin embargo, para llegar al estadio de cáncer invasor del cuello uterino se plantea la necesidad de desarrollar como condición necesaria la infección por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo, especialmente los VPH-16 y VPH-18. ⁽²⁾ lo que junto a otros cofactores (inmunodepresión, infección por otros agentes virales y bacterianos) producen un continuum de lesiones que transitan desde la lesión producida por el propio VPH, la aparición de lesiones de bajo grado en el epitelio de revestimiento (LIEBG) según criterios de Bethesda), ⁽³⁾ lesiones de alto grado de malignidad (LIEAG), también intraepiteliales hasta que se produce la ruptura de la membrana basal del epitelio y comienza primero una microinvasión de células tumorales, y puede desarrollarse un carcinoma invasor, lo que puede durar entre 10 y 20 años. ⁽⁴⁾

En el programa de detección oportuna del cáncer cervicouterino de Cuba se plantean las guías para el tratamiento y seguimiento de las mujeres con diferentes tipos de lesiones, ⁽⁴⁾ la edad de comienzo del pesquiasaje mediante la prueba citológica Papanicolaou (25 años) y de terminación (64 años), así como un intervalo en este grupo de realización de la prueba citológica cada 3 años; sin embargo, cuando la mujer es de alto riesgo dado su comportamiento sexual se puede indicar la prueba sin tener en cuenta las condiciones previamente descritas. ⁽⁵⁾

En Pinar del Río se detectan en mujeres de menos de 25 años, predominantemente neoplasias intraepiteliales cervicales grado 1 (NIC 1), es decir, lesiones de bajo grado, y en menor cuantía las de alto grado y cáncer. En estudio realizado durante los años 2003-2012 (10 años) solamente se detectaron 5 cánceres invasores en este grupo de edades (10 – 24 años), de ellas una en estadio clínico IIb; sin embargo, 518 NIC 1, 181 NIC 2, 95 NIC III + carcinoma in situ, y ninguna de estas mujeres ha fallecido. ⁽⁶⁾

Pero es necesario actualizar cada 2 años, al menos la situación, tendencia y evolución histopatológicas cervicouterinas en pinareñas de menos de 25 años de edad.

Hipótesis: Las jóvenes, además de presentar mayoritariamente lesiones de bajo grado de malignidad, no muestran progresión de las mismas.

Por lo que los objetivos de este trabajo han sido estimar las tasas de incidencia por grupo de edad, residencia, su evolución temporal y la histológica, así como los factores de riesgo que pueden tener incidencia en el desarrollo de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino, en mujeres menores de 25 años, en el período 2003-2014.

MÉTODO

El estudio se dividió en dos etapas.

- Primera etapa. Estudio retrospectivo, para determinar la incidencia anual de lesiones premalignas y malignas y la tendencia temporal de las mismas en el período 2003-2014.

Universo: 58 680 mujeres de 10 – 24 años, como promedio anual en el período.

Muestra: Por decisión. Aquellas remitidas a la consulta provincial de Patología de Cuello por tener citología alterada o por presentar lesiones macroscópicas y ser remitidas por otras lesiones de Ginecología, sometidas a biopsia por ponchamiento o conización de cuello.

Fuente de información. Registro automatizado de la Consulta Provincial de Patología de Cuello, que recibe la información de los centros de diagnóstico de Anatomía Patológica.

Las variables seleccionadas fueron:

Edad. Se confeccionó una escala en grupos exhaustivos y excluyentes, quinquenales, desde los 10 a los 24 años. Indicador: Frecuencias absolutas, relativas porcentuales.

Año del diagnóstico. Desde 2003 hasta el 2014. Indicador: frecuencias absolutas y relativas porcentuales por año de individuos y lesiones histopatológicas.

Residencia. Se incluyeron los 11 municipios de la provincia de Pinar del Río y de otras provincias asistentes a la Consulta Provincia de Colposcopia. Indicador: Frecuencia absoluta de lesiones histopatológicas por municipio, frecuencias relativas porcentuales.

Diagnóstico histopatológico, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5). Indicador: Frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

Se emplearon los métodos de la estadística descriptiva para calcular las frecuencias absolutas y relativas porcentuales, así como las tasas de incidencia anual por tipo de lesión, residencia y grupos de edades. Se determinó el coeficiente de correlación lineal de Pearson para determinar la tendencia temporal por tipo de lesión al 95 % de certeza.

Segunda etapa. Estudio longitudinal, retrospectivo para determinar la evolución histopatológica de las lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en el período 2003-2014.

Universo: Las mujeres menores de 24 años con diagnóstico histopatológico por ponchamiento de lesiones premalignas y malignas del cuello uterino en el período 2003-2014.

Muestra: Aquellas que fueron sometidas a conización por asa diatérmica, o que fueron histerectomizadas en el período con diagnóstico previo de lesión premaligna o maligna por ponchamiento.

Fuente de información. Registro automatizado de la Consulta Provincial de Patología de Cuello, que recibe la información de los centros de diagnóstico de Anatomía Patológica.

Variable. Diagnóstico histopatológico del ponche y de la conización o de la histerectomía según gravedad de la lesión y clasificación de la OMS. ⁽⁵⁾

Métodos estadísticos. Se emplearon los métodos de la estadística descriptiva para calcular las frecuencias absolutas y relativas porcentuales. Así como los métodos de X^2 y OR al 95 % para detectar asociación entre variables cualitativas tales como edad de la primera relación sexual (menos de 18 y 18 y más), número de parejas sexuales (menos de tres y tres o más), presencia de alteraciones morfológicas por infección por VPH.

RESULTADOS

De los 17 250 registros de biopsias de la consulta Provincial de Patología de Cuello entre 2003 a 2014 (12 años), 2 187 correspondieron a adolescentes y jóvenes (12,7 %) (rango observado = 14 - 24 años de edad). De ese total, 1 467 (tabla 1) tuvieron lesiones cervicales que fueron desde las neoplasias intraepiteliales grado I hasta el cáncer invasor del cuello uterino, lo que equivale al 67 % de las biopsias realizadas en este grupo de edad en ese período.

Tabla 1. Frecuencias de adolescentes y jóvenes que sufrieron biopsia de cuello uterino, frecuencias de lesiones y por ciento por año. Pinar del Río, 2003-2014

Año	Asistentes a consulta, biopsiadas	Número de lesiones	% de lesiones por año
2003	11	11	100
2004	47	38	81
2005	81	47	58
2006	85	49	58
2007	168	104	62
2008	148	89	60
2009	186	108	58
2010	172	126	73
2011	174	111	64
2012	229	175	76
2013	427	282	66
2014	459	327	71
Total	2187	1467	67

Fuente: Base de datos automatizada de la consulta de Patología de Cuello.

Se observó un incremento de AJ biopsiadas que alcanzó su pico máximo en el año 2014 (459 AJ, 42 veces más que en el año 2003), con 327 lesiones cervicales detectadas. Para el análisis de la tendencia en el tiempo se eliminaron los casos del 2003, debido al escaso número de adolescentes y jóvenes asistentes y biopsiadas en ese año.

A pesar de que la cantidad de lesiones en adolescentes se ha mantenido casi constante contra el total de jóvenes biopsiadas (Tabla 1) se ha detectado un incremento de lesiones y de variedad en el tipo de lesiones desde NIC I en adelante.

Según grupos etarios (tabla 2) la distribución por año fue la siguiente:

Tabla 2. Distribución de frecuencias y tasas específicas por grupos etáreos y tasa cruda anual de lesiones cervicales por 100 000 mujeres.

Años	Grupos de edad							
	10-14		15-19		20-24		Total	
	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa	No.	Tasa
2003	-	-	1	5,5	10	49,6	11	19,3
2004	-	-	9	49,2	29	143,7	38	66,6
2005	-	-	16	87,5	31	153,6	47	82,4
2006	-	-	14	76,5	35	173,4	49	85,9
2007	-	-	27	147,6	77	381,6	104	182,3
2008	1	5,4	30	164,0	58	287,4	89	156,0
2009	-	-	30	164,0	78	386,5	108	189,3
2010	1	5,4	23	125,7	102	505,5	126	220,8
2011	-	-	24	131,2	87	431,1	110	194,5
2012	1	5,4	37	202,3	137	678,9	175	306,7
2013	-	-	61	333,4	221	1095,2	282	494,2
2014	3	16,1	85	464,6	239	1184,4	327	573,0

Fuente: Base de datos automatizada de la Consulta de Patología de Cuello

Para el grupo 10-14 años, que solamente se observó en tres casos el coeficiente de correlación de Pearson $r = 0.78$, $p = 0.225$; no significativo, indicando que no hubo variaciones. Sin embargo, en los grupos de 15-19 ($r = 0.86$; $p < 0,01$) y de 20-24 años ($r = 0,92$; $p < 0,01$); es decir; ha ocurrido un crecimiento en las tasas de incidencia de las lesiones cervicales en jóvenes y adolescentes.

En la provincia, la tasa cruda promedio anual de incidencia fue de $200,1 \times 100\ 000$ mujeres de 10-24 años. Los municipios con mayores tasas crudas fueron: Viñales (315.5), Pinar del Río 288.8 y Sandino (213,1). El resto tuvo tasas menores que el promedio provincial, y la menor se observó en Los Palacios (63.5).

El diagnóstico histopatológico constituye el patrón oro del diagnóstico de las lesiones cervicales, por lo que todos los datos referidos anteriormente se han basado en este hecho.

Las NIC 1 mostraron un comportamiento de crecimiento potencial significativo (casi exponencial, $r = 0.87$; $p < 0,001$), y con menor crecimiento las NIC II, aunque significativo ($r = 0.86$; $p < 0,001$); NIC III-CIS mostraron también incremento en el tiempo ($r = 0.59$, $p = 0.044$), mientras que ni los escamosos invasores ($r = -0.37$; $p = 0.24$), ni los adenocarcinomas (prácticamente no observados) ($r = 0.324$; $p = 0.304$).

El primer diagnóstico obtenido en estas adolescentes y jóvenes es el de NIC 1, con 1 021 casos en los 12 años estudiados, más si sumamos las NIC II y las NIC III-CIS, todas fueron

lesiones curables. En este grupo de edades solamente una minoría de casos mostró lesiones invasoras (19 casos = 17 escamosos invasores y 2 adenocarcinomas, es decir, 1,3 % del total de las lesiones en el período).

Tabla 3. Tasas crudas provinciales según diagnóstico histopatológico de las adolescentes y jóvenes biopsiadas por año.

Años	NIC I	NIC II	NIC III-CIS	CEINV I O SUPERIOR	Aden. Endocer.	Total
2003	34,7	17,3	104,1	34,7	-	190,8
2004	242,9	260,2	121,4	34,7	-	659,3
2005	485,8	156,1	156,1	17,3	-	815,4
2006	503,1	277,6	17,3	52,0	-	850,1
2007	1127,7	277,6	381,7	17,3	-	1804,3
2008	1023,6	242,9	260,2	17,3	-	1544,1
2009	1197,1	381,7	260,2	34,7	-	1873,7
2010	1231,8	641,9	294,9	-	17,3	2186,0
2011	1249,1	399,0	225,5	52,0	-	1925,7
2012	1908,4	884,8	225,5	-	17,3	3036,1
2013	4007,6	641,9	225,5	17,3	-	4892,4
2014	4701,6	607,2	347,0	17,3	-	5673,1
Total	1476,1	399,0	218,3	24,6	2,9	2120,9

Fuente: Base de datos automatizada de la Consulta de Patología de Cuello.

Con relación a los factores de riesgo estudiados (Tabla 4) el rango de edad de comienzo de las relaciones sexuales fue desde 11 a 23 años. Al analizar las posibles diferencias entre dos grupos: aquellas con resultado negativo y las que tienen alguna lesión cervical a partir de NIC 1, se encontraron diferencias muy significativas, ($X^2= 5.5$; $gl=1$; $p = 0.02$), OR = 1.5 (IC 95 %: 1.1 a 2.0). Es decir, en las jóvenes con primera relación antes de los 18 años, se incrementa el riesgo de lesiones cervicales 1,5 veces de manera significativa.

El número total de mujeres no coincide con los de la tabla anterior, por carecer del dato con exactitud. El rango del número de parejas sexuales fue desde 1 hasta 20 parejas sexuales. Nuevamente se encontró una asociación significativa entre las mujeres que tenían lesión epitelial cervical con aquellas que tenían 3 parejas sexuales o más. ($X^2= 4,1$, $gl = 1$; $p = 0.04$) (OR = 1.44; IC 95 %: 1.01 - 2.0)

Al unificar todos los casos con lesiones cervicales premalignas y malignas y comparar la frecuencia de presencia de VPH con las biopsias negativas se encontró ($X^2= 849.4$; $gl= 1$; $p < 0.0001$ y OR = 24.7 con IC 95 %: 19.2 a 31.6).

Tabla 4. Factores de riesgo en adolescentes y jóvenes

Edad de la primera relación sexual	Negativas		NIC 1 y más		Total	X ²	p	OR	IC95 %
	No.	%	No.	%					
< 18 años	197	21,5	720	78,5	917	5,5	0,02	1,5	1,1-2,0
≥ 18 años	69	28,6	172	71,4	241				
Número de parejas sexuales	Negativas		NIC 1 y más		Total	X ²	p	OR	IC95 %
	No.	%	No.	%					
< 3	140	71,1	57	28,9	197	4,1	0,04	1,4	1,01-2,0
≥ 3	359	63,1	210	36,9	569				
Infección por VPH (morfológicamente)	Negativas		NIC 1 y más		Total	X ²	p	OR	IC95 %
	No.	%	No.	%					
Sí	102	15,2	567	84,8	669	849,4	0,00	24,7	19,2-31,6
No	1198	44,9	1468	55,1	2666				

Fuente: Base de datos automatizada de la Consulta de Patología de Cuello.

A los dos años, después de ver la evolución de las lesiones y de realizar ponches de cuello nuevamente o conos, los resultados muestran cambios en las frecuencias y tasas (tabla 5).

Tabla 5. Lesiones al primer diagnóstico histopatológico y al diagnóstico evolutivo según frecuencias absolutas.

Diagnóstico inicial	Diagnóstico final					
	Negativa	NIC I	NIC II	NIC III-CIS	IA	II B
NIC I	2	220	14	7	-	-
NIC II	10	62	88	15	-	-
NIC III - CIS	7	16	17	40	1	-
IA	-	-	-	-	2	1
Total	19	298	119	62	3	1

Fuente: Base de datos automatizada de la Consulta de Patología de Cuello.

Fueron sometidas a biopsia por ponche o cono post-ponchamiento 502 mujeres, de las cuales 19 ya no presentaban lesión, de las NIC 1 en la primera biopsia solamente 2 fueron negativas en su evolución (regresión o no lesión residual). La mayoría se mantiene con su

diagnóstico inicial de NIC 1, pero 14 casos tuvieron diagnósticos de lesiones NIC II y 7 NIC III-CIS.

Cuando la lesión inicial era NIC II, tuvieron diagnóstico final negativo 10, pero la mayoría continuó siendo NIC II. Hubo lesión residual de menor grado (NIC I) en 62 casos, 15 mujeres progresaron a NIC III- CIS.

Cuando la lesión inicial era de NIC III-CIS, el número de mujeres que negativizaron fue de 7. La mayoría (40 casos) continúan como NIC III- CIS, pero 33 casos tuvieron diagnóstico de NIC I (16 casos) o NIC II (17 casos). En un caso la lesión progresó a microinvasor.

Hubo tres mujeres con diagnóstico inicial de carcinoma epidermoide microinvasor, de las cuales 2 se mantuvieron con el mismo diagnóstico en la biopsia evolutiva, y una aumentó su severidad y fue un IIB.

Hubo 19/502 que negativizaron: 3,8 %. Sin embargo, en 38 casos de las 502 hubo progresión de la severidad (7,6 %).

DISCUSIÓN

Ahora, la cantidad de jóvenes biopsiadas alcanzó su pico máximo en el año 2014 (tabla 1), 42 veces más que en el 2003, con 327 lesiones cervicales detectadas, mucho más que lo reportado previamente por nuestro grupo.⁽⁶⁾

Para el análisis de la tendencia en el tiempo se eliminaron los casos del 2003, debido al escaso número de adolescentes y jóvenes asistentes y biopsiadas en ese año. A pesar de que la cantidad de lesiones en adolescentes se ha mantenido casi constante contra el total de jóvenes biopsiadas (Tabla 1), se ha detectado un incremento de lesiones y de variedad en el tipo de lesiones desde NIC I en adelante. Y como se plantea es la consecuencia de la edad de inicio de las relaciones sexuales penetrantes, aumento del número de parejas sexuales y la infección por VPH,⁽⁷⁾ pero la mayoría de las lesiones como en nuestro estudio fue del tipo de las lesiones de bajo grado (NIC I) (Tabla 3).

La presencia de lesiones cervicales en adolescentes y jóvenes y el conocer el espectro de lesiones que se presentan hasta el desarrollo del cáncer, y que la única manera de prevenir el cáncer cervicouterino en la mayor parte de las mujeres es mediante la vacunación, ha propiciado que en varias partes del mundo además del pesquiasaje se haya comenzado la vacunación, que ya cuenta con una variante nonavalente en adolescentes,⁽⁸⁾ lo que pudiera reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer cervicouterino, al disminuir el riesgo de infección, pero aún no se dispone de vacunas profilácticas contra el VPH en Cuba.

Con relación a la edad, para el grupo de 10-14 años no se observan variaciones de importancia y la incidencia de lesiones cervicales es aún mínima. Sin embargo, en el resto de los grupos etáreos ha ocurrido un crecimiento en las tasas de incidencia de las lesiones cervicales en jóvenes y adolescentes (ver tabla 3).

Con relación a las adolescentes, la Escuela Americana de Obstetricia y Ginecología indicó nuevas guías de pesquiasaje donde se plantea se debe incluir el pesquiasaje cervical en las mujeres de 21 años,⁽⁴⁾ no así en las Guías Cubanas,⁽⁵⁾ aunque aquí se habla de comenzar el pesquiasaje a partir de los 25 años. Sin embargo, en nuestra casuística, aunque escasos, se detectaron adolescentes y jóvenes con carcinoma in situ, y carcinoma microinvasor e invasor; a pesar de ello su baja incidencia no justifica incluirlas en el programa de pesquiasaje poblacional.

No existe aún una hipótesis del por qué el comportamiento distintivo del incremento de lesiones en Viñales y Pinar del Río, pero en cuanto a la menor incidencia en Los Palacios, pudiera pensarse que muchas mujeres de ese territorio no vienen a la consulta de Pinar del Río, sino que van al "Comandante Pinares" de San Cristóbal por tradición, es decir, como hacían antes de la nueva división política administrativa de la provincia, y como estas mujeres no se detectan por el programa de pesquiasaje, sino que es una detección oportunista, pues esto puede haber incidido en la menor detección de ese municipio.

Con relación a los factores de riesgo conocidos detectados en la casuística, se tiene que esas jóvenes comenzaron muy temprano relaciones sexuales penetrantes y múltiples parejas sexuales, por tanto, la probabilidad de una infección por HPV es alta.⁽⁸⁾ Si bien es cierto que no se han realizado determinaciones virales en Pinar del Río, la frecuencia de lesiones morfológicas producidas por el VPH habla de que puede haber infecciones subclínicas, no detectadas, y solamente estamos en presencia de la punta del iceberg de la infección viral. Es necesario determinar la carga viral y los tipos presentes (procedimientos no realizados en Pinar del Río),⁽⁹⁾ lo que podría reducir la referencia de mujeres a las consultas de Colposcopia. No se detectaron casos VIH positivas.

Con relación a la evolución de las lesiones histológicas a los dos años (tabla 5), la mayoría se mantiene con su diagnóstico inicial o de menor severidad, pero algunas progresaron. La regresión de la severidad de las lesiones es un hecho, sobre todo cuando la lesión inicial es de NIC I en jóvenes y adolescentes. La regresión total se logró en el 3.8 %. Es importante señalar que en la biopsia inicial (ponche) no siempre toda la lesión es extirpada, aunque se haga de manera dirigida, y pueden quedar nidos de células alteradas que luego pueden mantenerse en el mismo estadio de severidad, o progresar a lesiones de severidad superior. Cuando la lesión inicial es extirpada completamente, el cono posterior resulta negativo, y es indicador de un buen tratamiento inicial, pero lo contrario no se puede aseverar, es decir, el estado del borde quirúrgico puede predecir la evolución de las lesiones en muchas mujeres, como plantean otros,⁽¹⁰⁾ pero no hay que olvidar posibles consecuencias como el parto pretérmino.⁽¹¹⁾

En el grupo de adolescentes y jóvenes son muchas las lesiones detectadas, pero la mayoría es NIC I, que no progresan a estadios superiores, lo que justifica la no inclusión de ese grupo etáreo en el programa de pesquiasaje. El futuro seguimiento de estas mujeres, sobre todo de las no conizadas, si además continúan sin la debida protección de barrera y tienen múltiples parejas sexuales, hará más complejo el panorama, y la necesidad de dedicar recursos humanos calificados y recursos materiales para evitar la progresión al cáncer cervical.

Las causas de progresión y recurrencia, después de la conización según se ha demostrado⁽¹²⁾ no solo dependen de variables tales como la edad, la paridad, el inicio temprano de las relaciones sexuales, la presencia de múltiples tipos de HPV y la carga viral, así como los márgenes positivos, (que constituyen un predictor independiente de persistencia). Sino que también la expresión de células T que muestran los ligandos de la apoptosis, lo que puede indicar fallo en la inmunidad celular local.⁽¹²⁾

Se concluye que las NICs son las lesiones cervicouterinas más frecuentes en este grupo etáreo, y su estabilidad en el tiempo hace que no se incluyan en un Programa Poblacional de Pesquiasaje para el cáncer cervicouterino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turner Llaguno AI, Niño Parra VE, Soto Fuenzalida G, Alvarado Ramos S. Incidence of cervical displasia and cervical cancer in patients younger than 25 years in a Displasia Clinic. *Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2016 [citado 2018 abril 18]; 2016; 29: 179. Disponible en: [http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188\(16\)00075-9/pdf](http://www.jpagonline.org/article/S1083-3188(16)00075-9/pdf)
2. Merckx M, Benoy I, Meys J, Depuydt C, Temmerman M, Weyers S, Vanden Broeck D. High frequency of genital human papillomavirus infections and related cervical displasia in adolescent girls in Belgium. *European J Cancer Prevention*[Internet]. 2014 Jul [citado 2018 abril 15]; 23(4): 286-293. Disponible en: http://journals.lww.com/eurjancerprev/Abstract/2014/07000/High_frequency_of_genital_human_papillomavirus.9.aspx
3. Nayar R, Wilbur DC. The Bethesda System for reporting cervical Cytology. A historical perspective. *Acta Cytologica*[Internet]. 2017 Jul [citado 2017 Jul 17]; 61: 359-372. Disponible en: <http://www.karger.com/Article/FullText/477556>.
4. Smith RA, Andrews KS, Brooks D, Fedewa SA, Manassaram D, Saslow D. et al Cancer screening in the United States, 2017: A review of current American Cancer Society guidelines and current issues in cancer screening. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. [Internet]. 2018 [citado 2017 Abril 18]; 2018; 67 (2): 100-121. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21392>
5. MINSAP, Cuba. Programa de Detección Precoz del Cáncer Cervicouterino. Cuba, 2001, Actualización de Consenso Junio- 2011.
6. Sanabria Negrín JG, Salgueiro Medina VE, Abreu Mérida MB, Lemus Sarracino A, Marrero Fernandez R. Incidencia y tendencia de lesiones cervicouterinas en mujeres pinareñas de 10-24 años. 2003-2012. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*. [Internet]. 2014 [citado 2017 Abril 18]; 2014; 18 (1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942014000100002&script=sci_arttext.
7. Ma LT, Campbell GA, Richardson G, Schnadig VJ. Should high-risk adolescents have Papanicolaou tests? *Cancer Cytopathol*[Internet]. 2013 Feb [citado 2017 marzo 13]; 121(8): 432-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450854>.
8. Drolet M, Laprise JF, Boily MC, Franco EL, Brisson M. Potential cost-effectiveness of the nonavalent human papillomavirus (HPV) vaccine. *Int J Cancer*[Internet]. 2014 May [citado 2017 marzo 13]; 134(9): 2264-2268. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.28541/pdf>
9. Winer RL, Xi LF, Shen Z, Stern JE, Newman L, Feng Q, Hughes JP, Koutsky LA. Viral load and short-term natural history of type-specific oncogenic human papillomavirus infections in a high-risk cohort of midadult women. *IJC* [Internet]. 2014 apr [citado 2014 febrero 25]; 134(8): 1889-1898. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ijc.28509>
10. Xie H, Wang Y. Analysis on high-risk factors of residual lesion after undergoing conization of cervix. *Cancer cell Res*[Internet]. 2016 [citado 2017 marzo 13]; 11: 274-279. Disponible en: http://cancerellresearch.org/PDF/20161107.pdfAcceso_10-4-2018

11. Santesso N, Mustafa RA, Wiercioch W, Kehar R, Gandhi S, Chen Y et al. Systematic reviews and meta-analyses of benefits and harms of cryotherapy, LEEP, and cold knife conization to treat cervical intraepithelial neoplasia. Intern J Gynecol & Obstet. [Internet]. 2016 [citado 2018 jul 10]; 2016; 132: 266-271. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1016/j.ijgo.2015.07.026>

12. Chang H, Hong JH, Lee JK, Cho HW, Ouh YT, Min KJ, So KA. Programmed death-1 (PD-1) expression in cervical intraepithelial neoplasia and its relationship with recurrence after conization. J Gynecol Oncol. [Internet]. 2018 [citado 2018 abril 10]; 29(3): e27. Disponible en: <https://www.ejgo.org/DOIx.php?id=10.3802/jgo.2018.29.e27>

Raydel Marrero Fernández. Especialista de Primer Grado en Histología. Instructor de Histología. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***