

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEDE CORONEL OVIEDO



LESIONES PRENEOPLASICAS DE CERVIX

EN ADOLESCENTES

DRA. LILIAN CELESTE DIAZ FIGUEREDO

DRA. ANTONELLA YSABEL SOTO VALDEZ

Coronel Oviedo, Paraguay

JULIO 2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CAAGUAZÚ

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

SEDE CORONEL OVIEDO



**LESIONES PRENEOPLASICAS DE CERVIX
EN ADOLESCENTES**

**Trabajo de investigación presentado para optar por el
título de Especialista en el tracto genital inferior y
colposcopia**

Autoras: Dra. Lilian Celeste Díaz Figueredo

Dra. Antonella Ysabel Soto Valdez

Tutora: Dra. Graciela Velázquez

Coronel Oviedo, Paraguay

Julio, 2018

INDICE

CONTENIDO	PÁGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	4
Pregunta de investigación	6
2. OBJETIVOS	6
Generales.....	6
Específicos.....	6
3. JUSTIFICACION.....	7
4. MARCO TEÓRICO.....	7
5. MARCO METODOLÓGICO.....	15
Tipo de estudio.....	15
Delimitación espacio- temporal.....	15
Población, muestra y muestreo.....	15
Criterios de inclusión y exclusión.....	16
Operacionalización de variables.....	16
Técnica e instrumento de recolección de datos.....	16
Análisis estadístico.....	17
Consideraciones éticas.....	17
6. RESULTADOS.....	18
7. DISCUSION.....	23
8. CONCLUSION.....	26
9. RECOMENDACIONES.....	27
10. BIBLIOGRAFIA.....	28

1. INTRODUCCION

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. (1)

La Organización Mundial de la Salud la ha definido teniendo en cuenta tres aspectos; el biológico, el psicológico y el social como sigue: “Período de la vida en la cual el individuo progresa desde el inicio del desarrollo puberal hasta la madurez sexual y la plena capacidad reproductiva, transita los procesos psicológicos y pautas de identificación desde los del niño hasta los del adulto y traspasa desde un estado de dependencia socioeconómica total a una relativa independencia y fija sus límites entre los 10 y 19 años.(1,2)

Por las diferencias en las diversas etapas de desarrollo y, en consecuencia, por las distintas necesidades y percepciones se divide al grupo de 10 a 19 años en los subgrupos de 10 a 13 (adolescencia temprana) 14 a 16 (adolescencia propiamente dicha); y de 17 a 19 (adolescencia tardía). (3)

La actual epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS) es la mayor amenaza para la salud de los adolescentes ya que 50% de todas ellas sucede a esta edad. 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.(4)

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 este 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. (5,6)

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). (5,6)

Las lesiones preneoplásicas detectadas mediante citología clasifica a las anomalías *de células escamosas cervicales en*: células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) con insuficientes hallazgos para su interpretación definitiva como de alto o bajo grado; lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LSIL) y lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado (HSIL).(14)

Las lesiones escamosas epiteliales de bajo grado ocurren con mayor frecuencia en mujeres jóvenes concomitantemente con el inicio de las relaciones sexuales y, en su mayoría desaparecen espontáneamente debido a un control efectivo de la infección viral. (4,9)

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACION

Cuál es la prevalencia de Lesiones Pre neoplásicas de cérvix en adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya del 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2017?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de las Lesiones Pre neoplásicas de cérvix en adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya entre el 1 de enero del 2016 y el 31 de diciembre del 2017.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la distribución de edades por etapas de la adolescencia.
- Establecer la edad de inicio de relaciones sexuales
- Cuantificar número de parejas sexuales
- Evaluar la paridad de las adolescentes
- Identificar las alteraciones citológicas
- Hallar el patrón colposcópico
- Investigar resultados de biopsia más frecuentemente reportado

3. JUSTIFICACION

Los hallazgos colposc6picos resultan de vital importancia para que las mujeres que han iniciado su actividad sexual puedan tener conocimiento si presentan alg6un tipo de patolog6a para as6i tratarla y prevenir llegar a un c6ncer de cuello.

El Hospital Materno Infantil Reina Sof6a, es una instituci6n de referencia que cuenta con un Servicio de Patolog6a Cervical y tambi6n con un Servicio de Adolescencia por lo que resulta importante la realizaci6n de este trabajo para interiorizarnos sobre la prevalencia de las lesiones pre neopl6sicas en las mismas.

4. MARCO TE6RICO

El c6ncer cervicouterino (CaCU) es el segundo c6ncer m6s frecuente de distribuci6n mundial que se presenta en la poblaci6n femenina, con una estimaci6n de 530 232 nuevos casos, de los cuales, aproximadamente el 86 % (453 531 casos) se presenta en los pa6ses en desarrollo. (1)

La mayor6a de las muertes por CaCU (80 %) se producen en Am6rica Latina y el Caribe, y seg6n datos de la Organizaci6n Panamericana de la Salud (OPS), si se mantienen las tendencias actuales, el n6mero de muertes por esta afecci6n en las Am6ricas aumentar6 hasta m6s de 51 500 en el 2030, debido al crecimiento de la poblaci6n y al aumento de la expectativa de vida. (2)

En general, cada dos horas muere una mujer por este tipo de carcinoma. Debido a la tendencia a iniciar relaciones sexuales a edades más tempranas, el cáncer de cuello uterino afecta a mujeres cada vez más jóvenes. (3)

La única posibilidad de detectar precozmente y evitar la evolución del cáncer cervicouterino, es el control ginecológico y citológico periódicos, siendo este último (prueba de Papanicolaou) el más importante en los programas de detección precoz. El diagnóstico de atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASCUS) (por sus siglas en inglés) constituye actualmente la anomalía citológica más frecuente, y se utiliza cuando las alteraciones observadas pueden sugerir la presencia de una lesión intraepitelial, pero sin reunir todos los criterios necesarios para diagnosticarla. Una lesión escamosa intraepitelial puede ser de bajo grado (bajo grado de desarrollar cáncer cervical) o de alto grado (células precancerosas con un riesgo de moderado a alto de desarrollar cáncer cervical), de manera que los cambios observados en la citología, pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso, o a una lesión potencialmente grave.

Por lo general, el cáncer del cuello uterino se puede detectar en sus primeras etapas mediante pruebas de Papanicolaou regulares. Debido a que las pruebas de Papanicolaou son más comunes, las lesiones pre-neoplásicas del cuello uterino son detectadas con mucha más frecuencia que el cáncer invasivo.

La detección en las primeras etapas mejora mucho las probabilidades de un tratamiento exitoso y previene que cualquier cambio en las células del cuello uterino se convierta en canceroso. Desde hace décadas las lesiones precursoras del cáncer de cérvix, han recibido denominaciones descriptivas como hiperplasia atípica, atipia, hiperplasia de células basales, etc. (3-5)

La displasia fue subdividida en leve, moderada y severa según la extensión de los cambios dentro del epitelio. (4,5)

Más tarde Richart propone cambiar estos términos y unificarlos bajo el concepto histológico de lesiones precancerosas intraepiteliales cervicales, utilizando la denominación de Neoplasia intraepitelial cervical (CIN) que fue posteriormente subdividida en CIN 1 (correspondiente a displasia leve), CIN2 (displasia moderada) y CIN3 (displasia severa/carcinoma in situ) estos últimos en la misma categoría ya que no hay diferencia histológica. (4,5)

El concepto de CIN presupone que todas las lesiones dentro de este espectro representan varios estadios de una enfermedad. Con el aumento de conocimientos sobre la patogénesis del cáncer cervical, parece claro que el espectro histológico de la displasia cervical no representa una sola enfermedad, sino que hay dos procesos distintos causados por diferentes tipos de HPV. Por una parte, las lesiones causadas por HPV de bajo riesgo que habitualmente regresan espontáneamente, e histológicamente muestran evidencia de infección viral activa. (6,7)

Ejemplos de las lesiones y la terminología usada para distinguirlas son: condilomas, displasia escamosa leve, LSIL y CIN1. Por otra parte hay verdaderas lesiones precancerosas escamosas conocidas como displasia moderada o severa, carcinoma in situ, CIN2 y CIN3, HSIL. (4,5)

Estas lesiones son causadas por virus de HPV de alto riesgo y pueden progresar a carcinoma invasivo si no se tratan. (6)

Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado:

Se caracteriza por frotis cervicales conteniendo células con citoplasma maduro y claras normalidades nucleares o los cambios citopáticos del efecto del HPV. La categoría corresponde a los viejos diagnósticos de displasia leve y CIN1. Son células escamosas maduras con grandes núcleos ,4-6 veces el tamaño de los núcleos de las células intermedias normales. El núcleo de estas células también muestra hiper cromatismo, membranas nucleares irregulares y frecuente binucleación, también pueden presentar los cambios citopáticos del HPV que es el halo perinuclear citoplasmático (coilocitosis) (6-9)

Debe de tenerse especial cuidado para distinguir los verdaderos cambios coilocíticos de los halos perinucleares inespecíficos asociados con la glucogenización de las células, los cambios benignos inflamatorios o los debidos a infección como Trichomonas. Las células glucogenizadas intermedias pueden parecerse estrechamente a los coilocitos pero sin anormalidades nucleares y muestran un ligero color amarillento sin la clara cavidad perinuclear. Más frecuentemente, laminillas con LSIL demostrarán una combinación de las características ya mencionadas con displasia leve asociada a cambios citopáticos. (6-9)

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado:

HSIL se caracteriza citológicamente por células con citoplasma inmaduro, núcleos de características anormales y aumento de las relaciones núcleo/citoplasma. Las dos diferencias más importantes entre LSIL y HSIL es la inmadurez del citoplasma y la elevada relación núcleo/citoplasma. La categoría de HSIL comprende las viejas categorías de displasia moderada y severa, CIN II y Carcinoma in situ. (8-11)

Las células se presentan aisladamente, en grupos o incluso en agregados sincitiales. Los núcleos de las células de HSIL son a menudo más pequeños que los de LSIL. El tamaño nuclear de las células de HSIL es de dos a cinco veces el del núcleo de una célula intermedia. (8-11)

Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US)

ASCUS debe ser considerado siempre un diagnóstico de exclusión y no debe ser utilizado si puede hacerse algún otro diagnóstico con más significado. Se define como “Cambios citológicos sugestivo de LSIL que son cuantitativas o cualitativamente insuficientes para un diagnóstico definitivo”. (8-11)

Otra variante de ASC-H son grupos celulares con características tanto reparativas como de auténtica anormalidad epitelial, que incluso pueden sugerir carcinoma. Estas células en cuestión son típicamente células escamosas inmaduras o células glandulares con nucléolo prominente y pueden representar cambios benignos reparativos o procesos reparativos atípicos que incluyen el carcinoma invasivo como diagnóstico diferencial por lo que deben ser incluidas en la categoría de ASC-H para adecuado seguimiento clínico. (8-11)

Histología de la neoplasia intraepitelial cervical/lesión escamosa intraepitelial

Casi todos los carcinomas cervicales invasivos están precedidos por un estadio en el cual las anomalías celulares permanecen confinadas al epitelio (estadio intraepitelial)

- Se aprecia un rango de anomalías morfológicas que se correlaciona con la probabilidad con que estas lesiones evolucionen a carcinoma invasivo.
- En la gran mayoría de los casos el proceso no afecta al epitelio escamoso nativo del exocérvix sino a zonas de metaplasia escamosa del epitelio endocervical en la denominada zona de transformación.
- Se produce afectación del epitelio de superficie así como de elementos glandulares, pero por definición no existe invasión estromal.
- Ocasionalmente consiste en un foco diminuto que es extirpado con una biopsia simple pero más comúnmente afecta grandes áreas de cérvix, siendo frecuente la extensión endocervical. (5,6)

El término neoplasia cervical intraepitelial subdivide estas lesiones en tres grados:

- CIN I: Displasia leve.
- CIN II: Displasia moderada.
- CIN III: Displasia severa y carcinoma in situ.

Las lesiones intraepiteliales escamosas se caracterizan histológicamente por 1) maduración desordenada, 2) aumento de la proliferación, y 3) atipia citológica. El primer y a veces más precoz cambio de una lesión displásica es una desorganización de la capa basal/parabasal del epitelio escamoso, mientras en la mucosa normal las células en estos estratos están orientadas verticalmente, perpendicular a la membrana basal. (5,6)

Conforme la lesión progresa esta dispolaridad afecta a capas más altas de la mucosa, reemplazando la orientación horizontal normal de las células escamosas. Se observa maduración anormal cuando no hay disminución de la

relación núcleo/citoplasma en las capas más superficiales del epitelio y en cambio hay incremento de células inmaduras/basaloides con alta relación núcleo/citoplasma ocupando mas allá de la capa basal. (5,6)

Y mientras en las mucosas benignas y especialmente en condiciones inflamatorias/reactivas las figuras mitóticas pueden identificarse en la capa basal, SIL se caracteriza por el aumento y proliferación desordenada que se pone de manifiesto por la presencia de figuras mitóticas en capas más altas dentro del epitelio (5,6,9-12)

La atipia citológica incluye el hallazgo de células con cambios típicos citopáticos por efecto del HPV (coilocitos) caracterizados por núcleos celulares con agrandamiento irregular e hipercromatismo y a veces multinucleación, con cromatina grosera dentro de un “halo” citoplasmático y una gruesa membrana celular. Estos efectos citopáticos son considerados patognomónicos de LSIL. La vacuolización citoplasmática no debe diagnosticarse como coilocitosis si es debida a la acumulación de glucógeno y/o a cambios reactivos y no se acompaña de atipia nuclear necesaria para diagnosticar LSIL. (8-11)

Las características más predictivas de infección por HPV son multinucleación, binucleación y mitosis anormales. SIL puede afectar total o parcialmente a las glándulas, reemplazando el epitelio glandular y ocasionalmente imitando la imagen de un carcinoma invasivo. (8-11)

El informe de Anatomía Patológica de una biopsia cervical debe incluir:

- El grado de anormalidad
- La presencia o ausencia de cambios relacionados con el HPV

- Presencia o ausencia de extensión intraglandular
- El estudio histológico de una pieza de conización debe incluir además el estado de los márgenes quirúrgicos, de los cuales el endocervical es el más importante. (8-11)

METODOS DIAGNOSTICOS:

1. CITOLOGIA, screening con Papanicolaou

2. COLPOSCOPIA

Manejo de LSIL- ASCUS – HSIL*

En la mayoría de los casos, la infección es transitoria y se resuelve espontáneamente, entre los 12 y 24 meses

PAPANICOLAOU EN ADOLESCENTES

A los 3 años del inicio de relaciones sexuales. Se realiza antes de los 3 años si el médico lo considera apropiado.

Conducta de manejo más apropiada para una lesión intraepitelial de bajo grado

- La conducta más apropiada para el manejo de las LIE de bajo grado es el seguimiento dada su elevada tasa de regresión espontánea.
- No requiere tratamiento, especialmente en mujeres jóvenes < 30 años.
- Su diagnóstico en muestra endocervical citológica o histológica, no modifica la conducta cuando existe correlación colpocito-histológica.
- Dos PAP negativos vuelve a control de rutina anual.

5. MARCO METODOLOGICO

5.1- Tipo de Estudio

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte trasverso.

5.2- Delimitación espacio- temporal

Esta investigación se realizó en el Servicio de Patología Cervical del Hospital Materno Infantil de la Cruz Roja Paraguaya, en el período comprendido entre el 1 de enero del 2016 y el 31 de diciembre del 2017, en base a datos obtenidos de dicha Institución.

5.3 Población, muestra y muestreo

Todas aquellas pacientes adolescentes no gestantes con lesiones pre neoplásicas de cérvix que acudieron al Servicio de Patología Cervical del Hospital Materno Infantil Reina Sofía.

Para la obtención de los datos se revisaron las fichas clínicas del Servicio de Patología Cervical y los departamentos de Fichero y Estadística.

El muestreo fue no probabilístico de selección consecutiva de casos que reúnan los criterios de inclusión.

El total de la muestra está basada en 272 pacientes adolescentes que acudieron al servicio de Patología Cervical en el Hospital Materno Infantil Reina Sofía en el período establecido.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidas todas las pacientes adolescentes no gestantes, que acudieron a la institución y fueron diagnosticadas con lesiones pre neoplásicas de cérvix y contaban con Historias clínicas con datos completos.

Fueron criterios de exclusión :

- Historia clínicas con Datos incompletos para los parámetros de estudio.
- Pacientes adolescentes sin lesiones preneoplásicas de cérvix
- Pacientes adolescentes gestantes

5.5 Operacionalización de variables

- Edad
- Inicio de la vida sexual activa
- Número de parejas hasta la fecha
- Paridad
- Alteraciones citológicas
- Patrón colposcópico
- Biopsia

5.6 Técnica e instrumento de recolección de datos

Se utilizaron: fichas clínicas, informes citológicos, colposcópicos e histológicos remitidos por el servicio de Anatomía Patológica.

5.7 Análisis estadístico

Las variables se describieron utilizando distribuciones de frecuencias absolutas y porcentajes.

5.8 Consideraciones éticas

Se solicitaron los permisos correspondientes a los Directivos de la Institución quienes dieron su aprobación. El estudio de la población consistió en el análisis de historias clínicas del Servicio de Patología Cervical y los departamentos de Fichero y Estadística del Hospital Materno Infantil Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, dándose a conocer solo resultados.

6. RESULTADOS

En el periodo de estudio entre el 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del 2017, un total de 272 pacientes adolescentes se realizaron estudios en el Servicio de Patología Cervical, de las cuales 129 fueron diagnosticadas con lesiones pre neoplásicas de cérvix, equivalente a una prevalencia del 47%.

**TABLA N° 1 : FRECUENCIA DE CASOS DE LESIONES INTRAEPITELIALES
DE CERVIX EN ADOLESCENTES**

FRECUENCIA	Nº	%
CON DX DE LESIONES INTRAEPITELIAL DE CERVIX	129	47
SIN DX DE LESIONES INTRAEPITELIAL DE CERVIX	143	53
TOTAL	272	100

Fuente: Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1
de enero 2016 – 31 diciembre 2017 (N: 272)

**TABLA Nº 2 : EDAD DE LAS ADOLESCENTES CON LESIONES
INTRAEPITELIALES DE CERVIX**

EDAD	Nº	%
DE 17 A 19 AÑOS	115	89
DE 15 A 16 AÑOS	14	11

Fuente: Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

**TABLA Nº 3 : EDAD DEL PRIMER CONTACTO SEXUAL EN LAS
ADOLESCENTES CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX**

EDAD DEL PRIMER CONTACTO SEXUAL	Nº	%
DE 10 A 14 AÑOS	23	18
DE 15 A 16 AÑOS	65	50
DE 17 A 19 AÑOS	41	32

Fuente : Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

**TABLA N° 4 : NUMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS ADOLESCENTES
CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX**

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES	Nº	%
1 PAREJA	23	18
2 A 3 PAREJAS	65	50
4 O MAS PAREJAS	41	32

Fuente : Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

**TABLA N° 5 : PARIDAD DE LAS ADOLESCENTES CON LESIONES
INTRAEPITELIALES DE CERVIX**

PARIDAD	Nº	%
NULIPARA	62	48
PRIMIPARA	60	47
SECUNDIPARA	7	5

Fuente : Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

TABLA N° 6 : RESULTADOS CITOLOGICOS DE LAS ADOLESCENTES CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX

RESULTADOS CITOLOGICOS	Nº	%
LSIL	90	70
ASCUS	38	29
HSIL	1	1

Fuente: Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

TABLA N° 7 : IMAGEN COLPOSCOPICA ANORMAL DE LAS ADOLESCENTES CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX

RESULTADOS COLOSCOPICOS	Nº	%
EPITELIO ACETOBLANCO TENUE	72	55
EPITELIO ACETOBLANCO DENSO	33	26
PUNTILLADO FINO	14	11
MOSAICO REGULAR	10	8

Fuente: Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

TABLA Nº 8 : RESULTADOS BIOPSICOS DE LAS ADOLESCENTES CON LESIONES INTRAEPITELIALES DE CERVIX

RESULTADOS BIOPSICOS	Nº	%
CERVICITIS CRONICA	75	58
CIN I	48	37
CIN II	5	4
CIN III	1	8

Fuente: Datos del Departamento de Patología Cervical del H.M.I. Reina Sofía. 1 de enero 2016 – 31 diciembre 2017. (n: 129)

7. DISCUSION

La tendencia actual de la presencia de lesiones preneoplásicas en pacientes adolescentes lleva a la preocupación de detectarlas tempranamente y resulta de vital importancia por el hecho de que en nuestro país el porcentaje de cáncer de cuello uterino es una de las causas de muerte en mujeres en edad fértil, ya que puede ocasionar una problemática social de gravísimas consecuencias a nivel familiar. (1)

En este estudio se encontró que la frecuencia de Lesiones Pre neoplásicas de cérvix en adolescentes que acudieron al Hospital Materno Infantil Reina Sofía entre el 1 de enero del 2016 y el 31 de diciembre del 2017 fue del 47%.

En cuanto a la distribución por edades de las adolescentes la misma fue realizada en base a la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud. Se observó frecuentemente aquellas de entre 17 a 19 años 89%, seguida de las de 15 a 16 años con el 11% de los casos; no se registraron casos de adolescencia precoz. Martínez Y, (2006) en La Habana Cuba, informo edades entre 17 y 18 años en el 44%. A nivel nacional, Maubett E. (2009) reportó edades entre 18 y 19 años en el 54%; por su parte Ramos de Ferreira (2008), refiere edades de 15 a 19 años en el 21%. (9,10)

Se acepta actualmente como factor de riesgo elevado de padecer lesiones premalignas y cáncer de cuello uterino el inicio de relaciones sexuales antes de los 20 años; en nuestro estudio se encontró que la edad de inicio de relaciones sexuales fue entre 15 y 16 años en el 50%; 17 a 19 años 32% y en último lugar 10 a 14 años 18%. En el estudio de Martinez Y., el inicio de las relaciones sexuales se dio a los 15 años el 40.6% de los casos. Vera U. (2000), reportó un 18,9% entre 15 a 17 años y un 56.7% entre 18 y 19 años. Ramos de Ferreira halló un

inicio precoz con respecto a las relaciones sexuales en el grupo etario de 15 a 17 años. Así mismo Lezcano refiere edades entre 12 a 19 años 82%. Por su parte Maubett encontró 65% entre 15 a 17 años; y, Pacheco L. (2010) 64% entre 15 a 19 años. (8-10, 15)

Debido a la inmadurez de las células del cuello uterino, el embarazo en adolescentes es otro factor considerado para la aparición de las lesiones preneoplásicas del cérvix, durante el trauma obstétrico; encontrándose en este estudio una nuliparidad en la mayoría de los casos con el 48%, en segundo lugar las primíparas con el 47%, y las secundíparas con un 5% de los casos; teniendo en cuenta que fueron gestaciones a término. Este resultado concuerda con lo hallado por Maubett quien refiere un 79.1% de nulíparas y primíparas en un 16.6%. (9)

Las adolescentes promiscuas están más expuestas a adquirir infecciones de transmisión sexual las que a su vez juegan un papel importante en la transformación neoplásica cervical; este estudio encontró que el 69% de las adolescentes tuvieron de 2 a 3 parejas sexuales, 28% 1 pareja y, el 3% 4 o más parejas 3%. Por su parte Martínez Y., halló en su estudio un 53.1% de adolescentes que tuvieron 2 parejas sexuales. (13)

Las alteraciones citológicas identificadas con mayor frecuencia fueron L-SIL 70%, ASCUS 29% y H-SIL 1%. Maubett en cambio halló una prevalencia de ASCUS del 58.3% y L-SIL 41.6%. Lezcano reportó hallazgo citológico predominante de ASCUS 79%. Por su parte Pérez MB (2008) un 3.5 de ASCUS en adolescentes. (9,11,15)

Este estudio requirió que las pacientes adolescentes se efectuaran la secuencia de estudios citológico-colposcópico-histológico; por lo que el patrón colposcópico hallado fue positivo en la totalidad de las pacientes. Estos resultados

concuerdan con lo reportado por Martínez Y., 81.3% de colposcopia positiva. En cambio Maubett reportó solo un 47% de colposcopia anormal. (9,13)

La imagen colposcópica observada más frecuentemente fue el epitelio acetoblanco tenue en el 55% de los casos. Pérez reportó el 92% de los casos con la misma imagen. (11)

Respecto a los resultados de biopsia, este estudio halló mas casos de cervicitis crónica 58%, además se observó CIN I 37%, CIN II 4% y CIN III 1%. Martínez Y., en su estudio halló resultados de CIN I y CIN II de 34.4%; y CIN III 9.4%. Ramos de Ferreira reporta en su trabajo pacientes de 15 a 19 años con CIN I en el 21% de los casos. Pacheco por su parte refiere solo CIN II 3% en pacientes adolescentes. (10,13)

8. CONCLUSION

- a) La prevalencia de las lesiones pre neoplásicas de cérvix en adolescentes que acuden al Hospital Materno Infantil Reina Sofía fue del 47%, con N:272 y n:129.
- b) Es más frecuente en la adolescencia tardía.
- c) La mitad de las pacientes iniciaron las relaciones sexuales entre 15 y 16 años.
- d) La mayoría de las pacientes estudiadas tuvieron 2 a 3 parejas sexuales y predominaron las nulíparas.
- e) Las alteraciones citológicas identificadas con mayor frecuencia fueron L-SIL y ASCUS.
- f) El patrón colposcópico hallado fue positivo en la totalidad de las pacientes, siendo el epitelio acetoblancos tenue el más frecuente.
- g) Los resultados de biopsia más frecuentemente reportados fueron cervicitis crónica y CIN I.

9. RECOMENDACIONES

- Mayor énfasis en la promoción de la realización de estudios del tracto genital inferior, PAP, a fin de lograr la detección precoz de lesiones pre neoplásicas, orientada a las adolescentes.
- Solicitar periódicamente la realización de estudios citológicos a todas las pacientes que acudan a la institución.
- Se deben establecer mecanismos eficaces de seguimiento de todas las pacientes con diagnóstico confirmado de lesiones pre neoplásicas de cérvix para garantizar su tratamiento.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Acosta, Arnaldo y colaboradores. Ginecología y Obstetricia. AFACIM, Paraguay 2004. Págs. 218, 219, 220-221
2. Apgar S, B., Brotzman G., Spitzer M., Colposcopia. Principios y Practica. Manual y Atlas Integrado. Elsevier Saunders. 2009. Pags:1 –
3. Chavez J, Correlación Citológica E Histológica De La Neoplasia Intraepitelial Temprana En El Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez. Disponible online en: <http://www.mediagraphic.com/pdf/h-gea/gg2001/gg011.pdf>
4. Correlación entre el diagnóstico citológico colposcópico y biopsia dirigida con el diagnóstico histológico por conización. Hospital Universitario Abel Santamaría Pinar del Río. Disponible online en: <http://www.infomed.sd.cu/revistas/gin/vol29103/gin0/13.htm>
5. Correlación entre los hallazgos colposcópicos y el resultado de la biopsia. Metrosalud castillo, Medellín. Disponible online en: <http://www.encolombia.com/obsstetricias1.200/resultado2/htm>
6. Conducta frente a la Neoplasia Intraepitelial Cervical. Disponible online en: http://www.infomed.sd.cau/revistas/gin_vol29398
7. Sarduy, M. Correlación citohistológica en las neoplasias intraepiteliales cervicales y en la identificación del VPH en esas lesiones. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol35_1_09/gin07109.htm
8. Vera U. C.F. Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio de las adolescentes en el Hospital Materno Infantil de la Cruz Roja Paraguaya. Tesis. Cátedra de Gineco-Obstetricia. Facultad de Ciencias Médicas. U.N.A. Asunción. 2000. 160
9. Maubett E. Prevalencia de Anormalidades de células escamosas cervicales en Adolescentes. Monografía presentada para optar al Título de especialista en Gineco-Obstetrica en el Hospital Materno Infantil Reina

- Sofía, dependiente de la Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción Paraguay, 2009
10. Ramos T, "Prevalencia de Lesiones Preneoplásicas de cuello Uterino", Hospital Materno Infantil Reina Sofía, Curso de Post Grado del Tracto Genital Inferior. Asunción, Paraguay, 2009
 11. Pérez MB, "Prevalencia de ASCUS", Hospital Materno Infantil Reina Sofía, Curso de Post Grado del Tracto Genital Inferior . Asunción, Paraguay, 2009
 12. Espinola P., Gonzales Romero Z, Calabrese E, L.I.E. De Alto Grado De Cervix Uterino. En; Resumen De Temas Libres Iii Congreso Latino Americano De Patología Del Tracto Genital Inferior Y Colposcopia. Ii Congreso Paraguayo De Patologia Del Tracto Genital Inferior Y Colposcopia. Setiembre 7 Al 11 De 1998. Asunción-Paraguay P.172
 13. Ibarra H, Echeverría M. Lesiones Premalignas de Alto Grado del Cuello Uterino en el Centro Materno Infantil Hospital de Clínicas (1998 Al 2003) En: Monografías de Ginecología y Obstetricia. Efacim. Asunción Paraguay, 2009
 14. Soilàn A.M, Vázquez G, Britez M, Etcheverry R, Prevalencia de Lesiones Precursoras De Cáncer De Cuello Uterino En El Hospital Nacional de Itauguá. En Anales III Congreso Latinoamericano De Patología Del Tracto Genital Inferior y Colposcopia. Setiembre 7 Al 11 De 1998, Asunción-Paraguay P.158
 15. Lezcano A. Prevalencia de ASCUS. Hospital Materno Infantil Reina Sofía, Monografía. Asunción, Paraguay, 2009
 16. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2017 D i s p o n i b l e e n : <http://www.sld.cu/sitios/dne/>
 17. García A, Fajardo MT, Caballero MC, Camargo FA. Resultados de la citología cervicovaginal en población universitaria. 2016 15(42). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1695-61412016002200001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016002200001)
 18. Hernández LF, Cardona JA. Lesiones intraepiteliales, inflamación y atipias escamosas cérvico-uterinas en mujeres de un municipio de Antioquia, Colombia, 2014. Med UIS [revista en Internet]. 2016 D i s p o n i b l e e n

[:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012103192016000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012103192016000100004)

19. Organización Panamericana de la Salud. Cervical cancer in the Americas [Internet]. Washington: OPS; 2015 Disponible en : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9574:2014-cervical-cancer-in-theamericas&catid=6648:fact-sheets&Itemid=40721&lang=es
20. Moran RS, Quintero ML. Antecedentes sobre el cáncer cérvico-uterino en México e importancia de la educación sexual en la prevención temprana en jóvenes y población rural. Medwave [revista en Internet]. 2012 12(7):[aprox. 5p]. Disponible en: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/Agosto>
21. Cordero J, García M. Citologías alteradas y algunos factores de riesgo para el cáncer cervicouterino. Rev Cubana Obstet Ginecol [revista en Internet]. 2015 41(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000400005&lng=es&nrm=iso
22. Posso A, ET AL. Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. ADOLESCENTES. ADOLESCENTES. Rev Obstet Ginecol Venez 2014;74(3):193-202 Vol. 74, Nº 3, septiembre 2014
23. Guías de Manejo 2009. Manejo de las Citologías Anormales. Manejo de la Neoplasia Intraepitelial Cervical y del Adenocarcinoma In Situ. Sociedad Argentina de Patología del Tracto Genital Inferior y Colposcopia 2009
24. Ramírez M, Incidencia y caracterización de pacientes con células escamosas atípicas de significado indeterminado Revista Finlay 278 diciembre 2017 | Volumen 7 | Numero 4 Villa Clara Cuba