

CITOLOGÍA CÉRVICOVAGINAL EN POBLACIÓN DE ALTO Y BAJO RIESGO

Jazmín Beltrán Mayorga* Yaneth Rojas Aguilar* Claudia Salamanca Sánchez*

Resumen

Tener múltiples compañeros sexuales y no utilizar métodos de barrera son factores predisponentes a sufrir infección cérvicovaginal o lesión preneoplásica. Es así como surge la inquietud de analizar una población de alto riesgo (mujeres de zonas de tolerancia) y correlacionarla con una de bajo riesgo (amas de casa), para observar la frecuencia con que se presenta la infección y la lesión, así como conocer los métodos de planificación más utilizados, para compararlos con los datos de la literatura. Se trabajó con 134 pacientes, 67 de bajo y 67 de alto riesgo, observando mayor frecuencia de microorganismos en la población de alto riesgo, como *Gardnerella* (19%) y hongos (9%). Igual sucedió con las lesiones preneoplásicas observando mayor incidencia en la población de alto riesgo con el 4% de lesión intraepitelial de bajo grado por virus del papiloma humano (LEI Bg – HPV), el 3% presentó atipias en las células escamosas de significado indeterminado (ASCUS); mientras en la población de bajo riesgo las cifras fueron menores. Los métodos de planificación más utilizados fueron Pomeroy (16%) y pastillas (15%) en la población de bajo riesgo, mientras la otra presentó mayor uso de Pomeroy y preservativo (20% y 16% respectivamente)

Palabras clave: lesión preneoplásica, lesión de bajo grado, virus del papiloma humano, atipias en células escamosas de significado indeterminado, lesión de alto grado, infecciones cérvicovaginales, métodos de planificación.

Introducción

La detección temprana del cáncer de cuello uterino se basa en el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos dirigidos a las mujeres entre los 25 y 69 años, o menores de 25 con vida sexual activa. La edad promedio en la que se presentan anormalidades en las células escamosas es de 30 años, mientras que el riesgo de anormalidad glandular se incrementa a medida que avanza la edad. La citología consiste en la toma de una muestra de la vagina y cuello uterino, la cual se utiliza para realizar dos tipos de diagnóstico: por un lado permite identificar infecciones y por otro lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino.

La actividad sexual constituye un factor de riesgo según Mustelier y Núñez, quienes afirman que las infecciones cérvicovaginales, las lesiones precursoras y el cáncer de cérvix es cuatro veces más frecuente

en trabajadoras sexuales que en otras mujeres y es excepcional en las solteras; de modo que la existencia de múltiples compañeros sexuales parece estar relacionada con la aparición de la enfermedad. Se sugiere la presencia de un agente infeccioso de transmisión sexual como causa principal, como lo es el virus del papiloma humano, el cual es uno de los mayores predisponentes para desarrollar lesiones preneoplásicas en la mujer. Teniendo en cuenta este principio, con el presente trabajo se pretendió observar la frecuencia de microorganismos y lesiones preneoplásicas, y los métodos de planificación más utilizados en dos poblaciones: una de bajo y otra de alto riesgo.

Materiales y métodos

Se tomó citología cérvicovaginal a las pacientes seleccionadas, las muestras fueron llevadas al laboratorio donde se realizó el proceso técnico como fue radicación y coloración de rutina PAP. Se realizó la primera lectura por las alumnas de citohistotecnología y luego por las docentes del área; por último, las laminas positivas tuvieron control de calidad realizado por el patólogo; el resultado fue entregado a las pacientes.

* Estudiantes de VI Semestre de Citohistotecnología, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Este trabajo fue realizado bajo la tutoría de la Dra. Margarita Ruiz R. Patóloga y Profesora Asociada de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y de la Sra. Janeth León Enciso, Instructora Asociada y Citohistotecnóloga Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Resultados

En el presente estudio se analizó la frecuencia de infecciones cérvicovaginales en mujeres de alto y de bajo riesgo. En este último grupo los organismos causantes de infecciones fueron *Gardnerella* (10%), hongos (5%) y *Actinomyces* (1%). No se presentó infección por *Tricomonas*. Como elementos no patógenos se observó flora cocoide (43%), bacilo de Döderlein (32%) y flora mixta (9%). En la población de alto riesgo los microorganismos productores de infecciones fueron *Gardnerella* (19%), hongos (9%) (Figura 1), *Tricomonas* (3%) y *Actinomyces* (1%). Como flora no patógena se vió bacilo de Doderlein (31%), flora mixta (22%) y flora cocoide (15%).

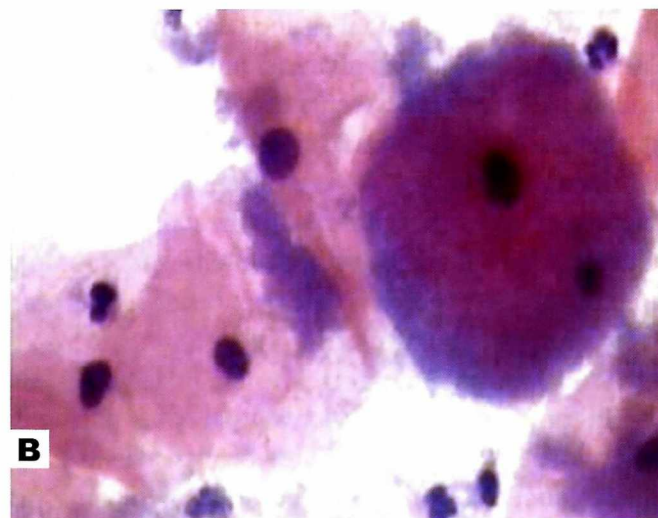
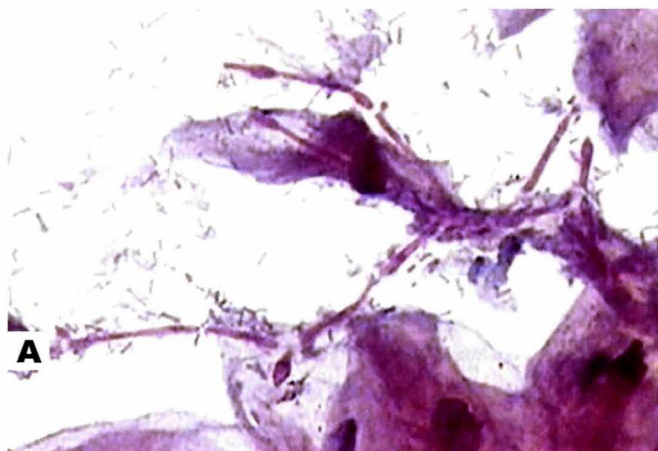


Figura 1.

A. Citología con presencia de hongos, se observan hifas septadas.

B. Citología con presencia de células clave, la cual indica probable infección por Gardnerella.

En la población de alto riesgo se observó con más frecuencia lesión intraepitelial de bajo grado con virus del papiloma humano (LEI Bg- HPV) (4%) (Figura 2), seguida de ASCUS (3%); ninguna cursó con LEI Ag y el 93% no presentó lesión preneoplásica. Las mujeres de bajo riesgo presentaron ASCUS (1%) y LEI Ag a nivel endocervical (1%) (Figura 3); ninguna demostró LEI Bg - HPV y el 98% no cursó con lesión preneoplásica.



Figura 2. Células escamosas con cambios asociados a infección por virus del papiloma humano: obsérvese la célula coilocítica.

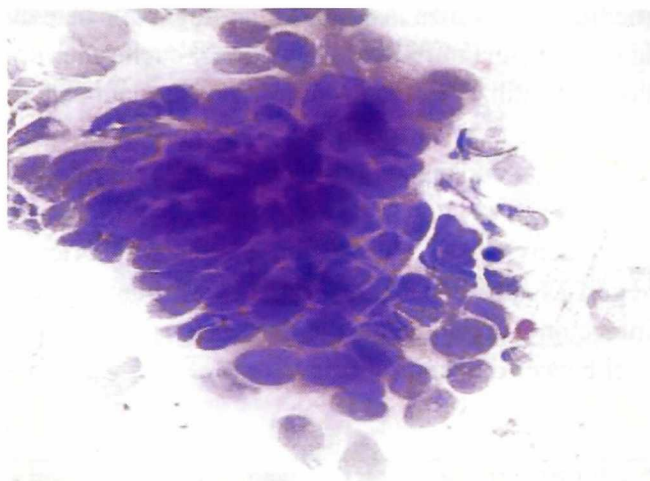


Figura 3. Cambios celulares asociados con lesión intraepitelial de alto grado a nivel endocervical.

En el presente estudio la población de bajo riesgo planificó con Pomeroy (16%), pastillas (15%), dispositivo intrauterino (DIU) (13%); preservativo (6%) e inyección (3%); el 47% no utilizó ningún método anticonceptivo. En la población de alto riesgo se observó mayor frecuencia en el uso del preservativo y de la inyección (16%), DIU (12%), pastillas (10%) y Pomeroy (2%); el 26% no planificó.

Discusión de resultados

Las lesiones preneoplásicas son fases previas del carcinoma invasor. En esta muestra las mujeres de alto riesgo presentaron mayor frecuencia de lesiones preneoplásicas, 4% de LEI Bg – HPV y 3% ASCUS (**Figura 4**). Estos resultados son similares al análisis de Mustelier y colaboradores quienes realizaron un estudio de tipo observacional analítico en la ciudad de Santiago de Cuba, determinando que al tener múltiples compañeros sexuales incrementaba 34 veces el riesgo de padecer algún tipo de lesión.

Los microorganismos cérvicovaginales son de dos tipos: los que forman parte de la flora normal que corresponden al bacilo de Döderlein, cocos, Actinomyces y flora mixta, y la flora patógena constituida por *Gardnerella*, hongos y *Tricomonas*, capaces de producir atipias en las células epiteliales, que al interpretarlas en forma inadecuada por el citólogo, se pueden confundir con lesión intraepitelial; o al no diagnosticarlas oportunamente producen infecciones e inflamaciones cérvicovaginales que presentan molestias clínicas importantes para las pacientes. En la muestra se observó una mayor frecuencia de flora normal en la población de bajo riesgo, mientras que en la de alto riesgo fue más común la flora patógena, representada por un predominio de *Gardnerella* (19%) y hongos (9%). La población de bajo riesgo presentó mayor frecuencia de *Gardnerella* (10%) y hongos (5%) (**Figura 5**). Esto coincide con los estudios realizados por Nuñez al concluir que tener múltiples compañeros sexuales incrementa el riesgo de infección cérvicovaginal, y el realizado por Paz y Cols quienes observaron una mayor incidencia de *Gardnerella* y hongos en la consulta externa de Univalle.

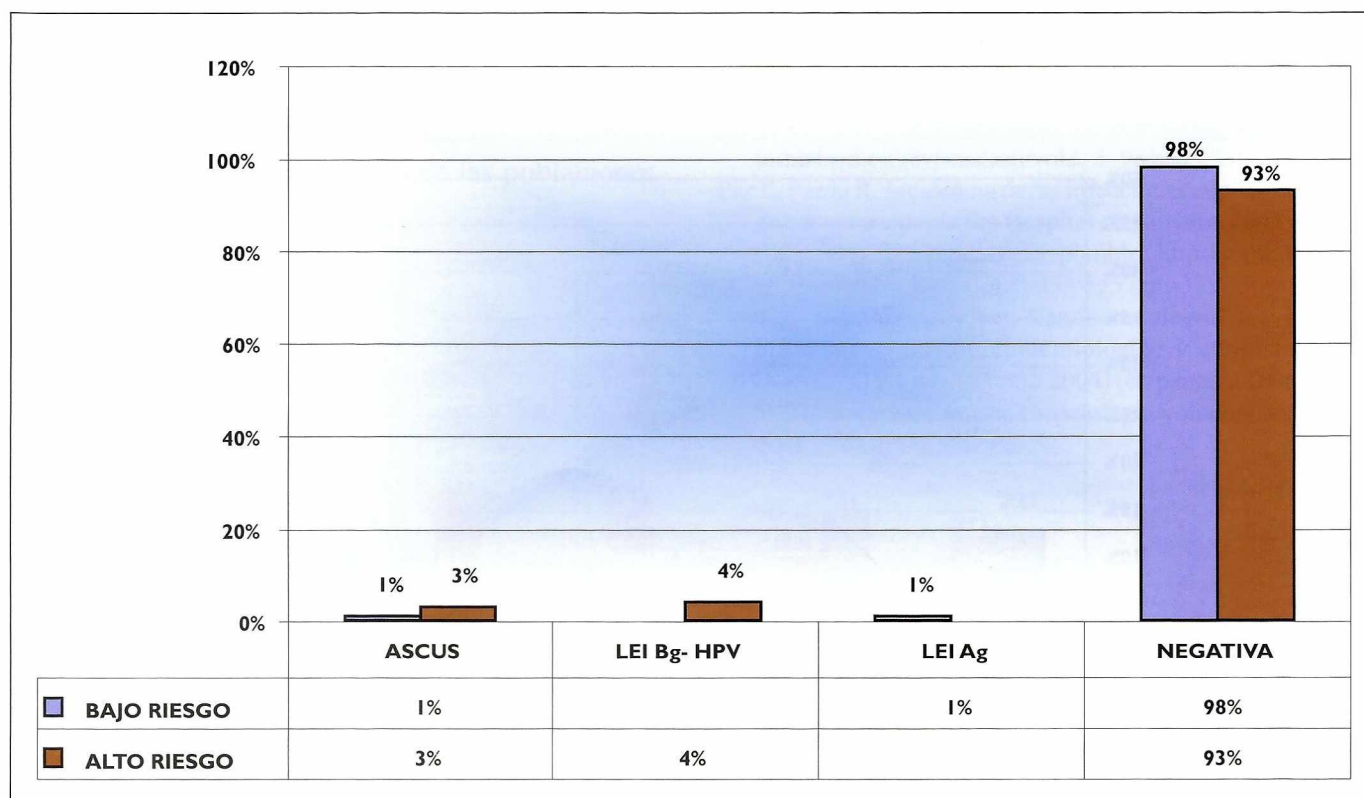


Figura 4. Valor porcentual de la frecuencia de lesiones halladas en la población de alto y bajo riesgo.

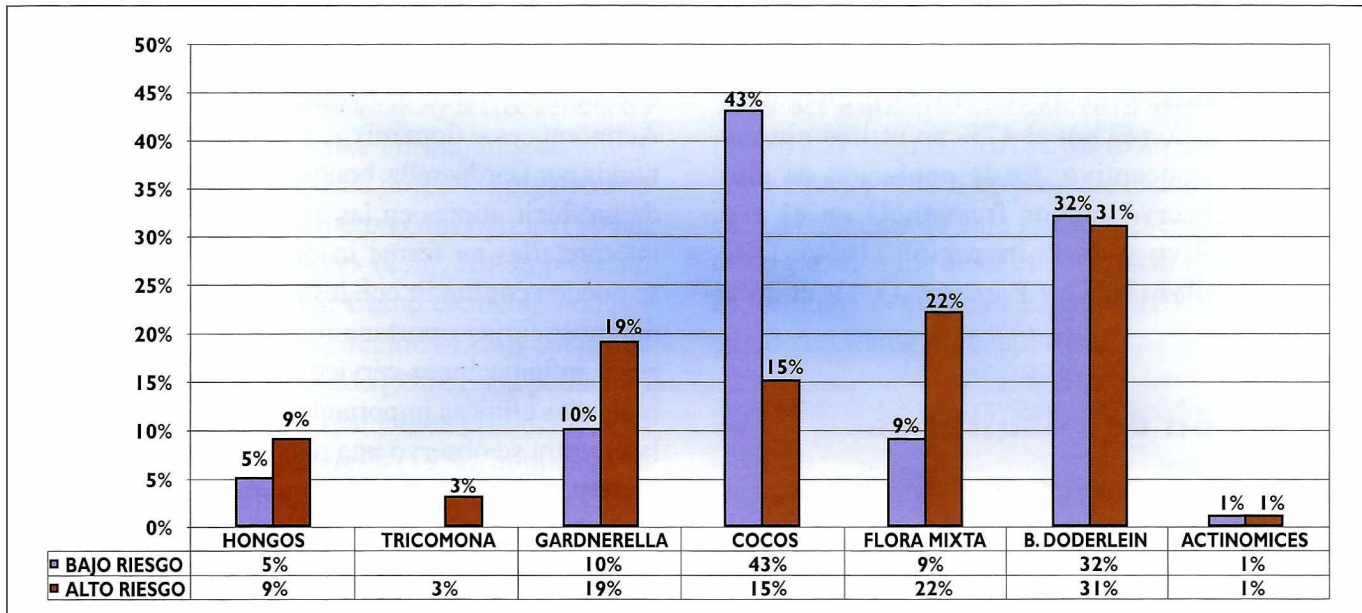


Figura 5: Valor porcentual de microorganismos hallados en las poblaciones de alto y bajo riesgo.

Los métodos de planificación son muy utilizados por la mujer en edad fértil. Algunos se utilizan para evitar embarazos y otros como método de barrera ante las infecciones cérvicovaginales. El preservativo tiene un alto porcentaje de efectividad ante la prevención de infecciones, algunas tan graves como la producida por el virus del papiloma humano que se considera como lesión preneoplásica. Se observó alta frecuencia de Pomeroy en ambas poblaciones. Hay bajo uso del

preservativo 16% en la población de alto riesgo y 6% en la de bajo. El 26% de la población de alto y el 47% de la de bajo riesgo, no utilizaron ningún método de planificación (Figura 6). Se esperaba mayor uso del preservativo como método de barrera, por la difusión de los nueve estudios de la organización mundial de la salud, en los cuales se concluyó que los usuarios del preservativo tenían menos de la mitad de riesgo que quienes no lo usan.

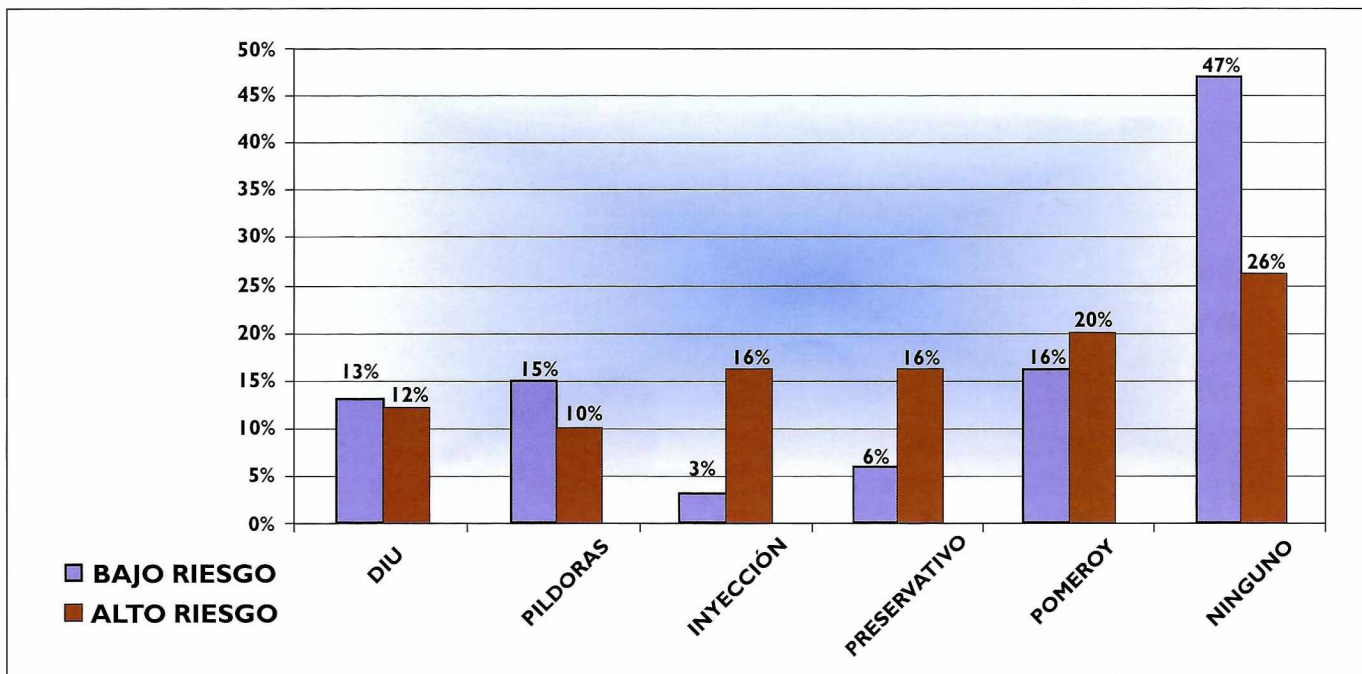


Figura 6: Valor porcentual de la frecuencia de uso de los métodos de planificación.

Conclusiones

- En la población de bajo riesgo se presenta una baja frecuencia de ASCUS y de LIE Ag, ambas con el 1%.
- Solo un 6% de la población de bajo riesgo usa preservativo y un 47% del total de ese mismo grupo no planifica. Para la población de alto riesgo el uso del preservativo se observa en un 16% y el 26% no utiliza ningún método.
- El número de mujeres con patología cervical aumenta debido a la desinformación que existe acerca de la importancia de la citología.
- La toma de citología corresponde a un método de tamizaje de bajo costo y de fácil acceso para la población femenina.

Recomendaciones

- Fortalecer la intervención de los estudiantes de citología en los programas de educación a la comunidad y diagnóstico preventivo del cáncer cérvicovaginal.
- Realizar otros estudios comparativos para observar los hallazgos citológicos en las poblaciones de bajo y alto riesgo.
- La importancia del trabajo del citólogo radica en hacer una buena toma, un correcto procesamiento, lectura, análisis y su consiguiente reporte, ya que de este depende el seguimiento y manejo que realiza el médico a la paciente.

- Informar a la población de bajo riesgo la importancia del preservativo como método seguro para evitar infecciones cérvicovaginales.
- Es muy importante un buen control de calidad interno y externo, para detectar las fallas que se presentan, corregirlas y llegar a un producto de excelente calidad.

Lecturas recomendadas

- Castellague X, Muñoz N. Contribución del hombre al riesgo de cáncer cervical 1985-1993 (citado enero 2004) 2 pantalla). Disponible en: http://www.cealgin.com/papiloma/contribucion_delhombre_alriesgo_de_cancer_cervcial.htm-38k.
- Fernández C, López L. Citopatología ginecológica y mamaria 2ª ed. Barcelona; 1988 p. 158-66; 172-74.
- Hernández H. Enfermedades de la mujer "la vulvovaginitis". Profamilia 2001 (enero 2004) 3 pantalla). Disponible en: http://www.profamilia.com.sv/clinical/enfermedades_mujer.htm.
- Issler J. Infecciones del tracto genital inferior 2001 (febrero 2004) (17pantalla). Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista102/infec_trac_genit_hm_101k.
- López M, Toro M. Hallazgos citológicos en un programa de pesquisa de cáncer cervical en Barinas 1996 (feb 2004) (6p pantalla). Disponible en <http://www.conganat.uninet.edu/IVCHAP/POSTER-E/1171-32k>.
- Mustelier R, Ardines I. Algunos factores sociales más comúnmente relacionados con colposcopia orgánica alterada 1994. (abril 2004) (4pantalla). Disponible en: http://www.informed.sid.cu/revistas/san/vol2_3_98/san_04398.htm-28k.
- Paz E, Pardo R. Incidencia de las infecciones cérvicovaginales de consulta externa del Hospital de Univalle 2002 ag – dic (feb.2004) (8 pantalla). Disponible: <http://www.univalle.edu/noticias/journal/journal9/pag5.htm-33k>.
- Puig A, Martínez C. y col. Carcinoma de vulva y lesiones precursoras: estudio epidemiológico y citohistológico. 1999-2000 jul-dic. (febrero 2004) (6p pantalla Disponible: http://www.pgmacline.es/revpatologia/volumen_36/vol/36-num_1/36-1n_07.htm.

