

1. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

El Cáncer de Cuello Uterino (CaCU) es la segunda causa de muerte en la mujer a nivel mundial y es la principal causa de muerte por enfermedades malignas en las mujeres de los países en desarrollo, en el 2012 se diagnosticaron 528.000 casos nuevos, y 266.000 mujeres murieron de esta enfermedad, casi el 90% de ellas en países de ingresos bajos o medianos. Se prevé que, sin atención urgente, las defunciones debidas a cáncer cervicouterino podrían aumentar casi un 25% durante los próximos 10 años (1).

En Europa el CaCU es la tercera causa de muerte por cáncer en la mujer. La razón más importante que explica esta alta incidencia es la falta de programas eficaces de detección temprana esencialmente en los países en desarrollo. En Latinoamérica el CaCU es la causa de muerte más frecuente en la población femenina con aproximadamente 30 000 defunciones por año (2).

La accesibilidad del cuello uterino al estudio celular e histológico, así como a la exploración física directa es una de las razones que permite el diagnóstico precoz del CaCU. Dentro de los factores de riesgo para la aparición de dicha neoplasia se citan: la edad de la primera relación sexual, la multiparidad, la promiscuidad sexual, la infección por el virus de papiloma humano (HPV), la falta de higiene genital y el tabaquismo. En los últimos años, la precocidad en las relaciones sexuales de las adolescentes ha motivado que un grupo de países desarrollados

cambien en el programa de detección precoz la edad de inicio y la periodicidad del PAP (3).

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud en la población adolescente, ya que el 50% de todas ellas sucede a esta edad. Las tasas de VPH son más altas en la población adolescente con una prevalencia acumulada de hasta el 82% en grupos seleccionados. El virus del papiloma humano (VPH) es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad y su adquisición está asociada a la actividad sexual.

Pregunta de investigación

¿Cuáles fueron los hallazgos citológicos y colposcópicos en pacientes adolescentes que consultaron en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo en el periodo de enero a diciembre del 2017?

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Describir los hallazgos citológicos y colposcópicos en pacientes adolescentes que consultaron en el Hospital Materno Infantil San Lorenzo en el periodo de enero a diciembre del 2017.

Objetivos específicos:

1. Definir características generales de la población estudiada.
2. Determinar los resultados obtenidos por citología.
3. Analizar los informes colposcópicos de las adolescentes.

Justificación

El cáncer de cuello uterino comprende aproximadamente el 12% de todos los cánceres de la mujer; es el segundo tumor más frecuente en el mundo, pero el primero en países en desarrollo. A nivel mundial, se estima que los casos de cáncer de mama y de cuello de útero han aumentado en un 20% durante el período 2008-2012 (4).

Las estimaciones para Paraguay apuntaban que para el año 2015 se presentarían 1099 casos nuevos y 481 muertes, en base a tasas estimadas de incidencia y mortalidad de 34.2 y 15.7 x 100.000 mujeres respectivamente (tasas ajustadas por edad) (4).

Además en nuestro país el inicio de las relaciones sexuales se realiza a edad cada vez más temprana eso se ve reflejado con el embarazo durante la adolescencia el cual constituye una problemática social y de salud pública. Paraguay ocupa el segundo lugar en cuanto a tasa de gestantes adolescentes más alta del cono sur (5). Este es un factor de riesgo importante sin contar que a menor edad de inicio de relaciones sexuales mayor es la posibilidad de tener varias parejas sexuales por lo tanto mayor es el riesgo de infección por el virus del Papiloma Humano por lo tanto aumenta la posibilidad de cáncer de cuello uterino en pacientes jóvenes.

3. MARCO TEÓRICO

La adolescencia es un periodo que comprende una serie de cambios físicos, de comportamiento y psicosociales. En las últimas décadas debido al comienzo cada vez más temprano de la actividad sexual, la atención primaria de la salud de la adolescente ha venido a exigir de los profesionales de la salud un mayor conocimiento de los aspectos epidemiológicos y clínicos de las principales dolencias del tracto genital inferior que puedan afectar a este grupo (6).

Las enfermedades de transmisión sexual constituyen un importante problema de salud en la población adolescente, ya que el 50% de todas ellas sucede a esta edad. Las tasas del virus del Papiloma Humano (HPV) son más altas en la población adolescente con una prevalencia acumulada de hasta el 82% en grupos seleccionados (7,8).

3.1 Historia Natural del Virus del Papiloma Humano

El HPV es una causa muy importante de morbilidad y mortalidad y su adquisición está asociada a la actividad sexual.

Actualmente, está claramente establecido tanto desde el punto de vista biológico como epidemiológico que es causa de todos los cánceres de cuello uterino. También produce la mayoría de los cánceres de vagina y de ano, al igual que determinados cánceres de vulva, pene y orofaringe. Otros cánceres que se han relacionado con el VPH son el cáncer de piel no melanoma, y el cáncer de conjuntiva (9, 10).

Es un virus de pequeño tamaño no encapsulado, con ADN circular de 8000 pares de bases de longitud y con una estructura icosaédrica. Este virus pertenece a la familia de los Papovaviridae, incluida en el género Papiloma virus. Existen más de 100 genotipos de HPV, que se diferencian en su tropismo y potencial oncogénico (11-13).

La organización del genoma es la misma para los diferentes tipos de HPV y consiste en tres regiones:

- E (early-temprana): contiene genes para la codificación de proteínas reguladoras, transformadoras y replicadoras.
- L (late-tardía): contiene genes para la codificación de proteínas estructurales de la cápside.
- Regiones no codificantes.

En el epitelio del cuello uterino las células con capacidad replicativa son las de la capa basal, estas son el blanco del HPV, ya que necesitan ingresar a una célula en división para poder replicarse a sí mismo y dar origen a nuevas partículas virales que a su vez infectaran a otras células del huésped. Las proteínas críticas en este proceso son las E6 y la E7, ya que al interactuar con proteínas celulares inducen a la célula a una exagerada proliferación. De esta forma, la célula huésped se encuentra replicándose activamente, con el control del ciclo celular anulado y con la diferenciación normal retrasada (13).

En las capas más superficiales se expresan las proteínas L1 y L2 que codifican la cápside y posterior ensamblaje de las partículas virales. La inmunidad celular y la inmunidad innata son probablemente los factores más importantes en la resistencia del huésped y la consecuente eliminación del virus. Sin embargo,

una característica importante del HPV, es la capacidad para integrar su DNA viral al genoma del huésped. Dicho proceso es irreversible y desencadenaría la persistencia del virus y la inmortalidad de la célula al interactuar con proteínas que regulan el ciclo celular (12, 13).

Se han identificado más de cien tipos de HPV y se los clasifica como de alto riesgo oncogénico y de bajo riesgo oncogénico, esta división se basa en la posibilidad del desarrollo neoplásico (14).

HPV de Bajo riesgo: 6,11,40,42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 y CP6108

HPV de Alto riesgo: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59

Probables: 26, 53, 66, 68, 73, 82 (14).

La prueba de PAP o citología cérvico vaginal a nivel mundial sigue siendo la prueba más utilizada y apropiada para el despistaje de lesiones premalignas de cuello uterino. Los cambios encontrados deben ser informados bajo la clasificación del Sistema de Bethesda, lo que permitirá seguir una conducta. Una vez documentada una anomalía por medio de citología, el estudio de colposcopia permite la observación directa del exocérvix y, en muchos casos, la fase inicial del canal endocervical a través de lentes magnificadores y así poder realizar biopsias dirigidas para su evidencia diagnóstica (14).

3.2 Examen Citológico de Papanicolaou

Consiste en la toma de las células descamadas del cuello uterino, y en el examen microscópico de las mismas, realizada con la técnica de coloración de Papanicolaou. Sirve no solo para detectar células cancerígenas, sino también para la identificación de las lesiones precursoras.

Este método de tamizaje, puede ser aplicado fácilmente a grandes masas poblacionales, es de bajo costo, sencillo y no produce mayores molestias a las pacientes.

El resultado del estudio citológico es descriptivo y se informa según el sistema Bethesda (4,14).

3.2.1 Categorización General

3.2.1 Negativo para lesión intraepitelial o malignidad. Se utiliza esta categoría cuando no hay evidencia de neoplasia, independientemente de si se observan, o no, microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos. Debe informarse en esta sección si existan o no evidencias de microorganismos u otros hallazgos no neoplásicos.

3.2.1.1 Elementos celulares normales

Células escamosas, endocervicales, endometriales y células del segmento inferior del útero

3.2.1.2 Cambios no neoplásicos

- ✓ Cambios celulares no neoplásicos: metaplasia escamosa, cambios queratocíticos, metaplasia tubaria, atrofia, cambios asociados al embarazo
- ✓ Cambios celulares reactivos asociados a: Inflamación, cervicitis linfocítica (folicular), radiación, dispositivo intrauterino (DIU)
- ✓ Células glandulares post histerectomía

3.2.1.3 Organismos

Trichomonas vaginalis, hongos compatibles con Cándida spp, cambios en la flora compatibles con vaginosis bacteriana. Bacterias morfológicamente

compatibles con Actinomicces spp. Cambios celulares compatibles con Herpes Virus Simple y también con Citomegalovirus

3.2.1.4 Otros

- Células endometriales presentes en una mujer de > 45 años. (Especificar si es negativo para lesión escamosa intraepitelial)

3.2.2 Anormalidades de células epiteliales

3.2.2.1 Células escamosas

- Células escamosas atípicas (ASC)
- Células escamosas atípicas- significado indeterminado (ASC-US)
- Células escamosas atípicas- No es posible descartar LIE de Alto Grado (ASC-H)
- Lesión escamosa intraepitelial
- LIE de Bajo Grado
- LIE de Alto Grado
- Con sospecha de invasión (si existe la sospecha)
- Carcinoma de células escamosas

3.2.2.2 Células glandulares

- Células glandulares atípicas (AGC) (especificar si son endocervicales, endometriales o no determinadas)
- Células glandulares atípicas- probable neoplasia (especificar si son endocervical, endometriales o no determinadas)
- Adenocarcinoma in situ (AIS)
- Adenocarcinoma invasor
- Otros

3.2.2.3 Otras neoplasias

3.3 Colposcopia

Es un método de diagnóstico utilizado en pacientes con citología positiva que permite la visualización ampliada del epitelio y vasos subyacentes del tracto genital inferior mediante la utilización del colposcopio, que posee lentes de aumento y una fuente de luz propia. Para el informe actualmente se utiliza la terminología preparada por el Comité de Nomenclatura de la Federación Internacional de Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC) aceptada en el congreso mundial de Rio en julio del 2011(4,14).

3.4 Adolescencia

Es el periodo de tránsito entre la infancia y la edad adulta. Se acompaña de intensos cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales; se inicia con la pubertad (aspecto puramente orgánico), terminando alrededor de la segunda década de la vida, cuando se completa el crecimiento y desarrollo físico y la maduración psicosocial (15,16).

La OMS considera adolescencia entre los 10 y 19 años y juventud al periodo entre los 19 y 25 años de edad.

Se pueden distinguir 3 etapas: adolescencia temprana (10-13 años), media (14-16 años) y tardía (17-19 años) (15).

Actualmente se reconoce que los problemas de salud sexual y reproductiva en adolescentes, se vinculan con la propensión a iniciarse cada vez más prematuramente en la actividad sexual, la desprotección, la promiscuidad y la baja percepción de los riesgos que ella entraña. El incremento de actividad sexual y comienzo precoz de esta, ha traído como consecuencia un aumento en las infecciones de transmisión sexual (16).

Estudios sobre la evolución natural de la infección por HPV en la adolescencia, señalan que la infección por HPV es detectable por 8 meses en promedio. La mayoría de las pacientes inmunocompetentes eliminan el virus en 24 – 30 meses.

En el caso de las adolescentes, además existe un importante número de pacientes que se re infectan por el virus ya que a esta edad se exponen a un mayor recambio de parejas sexuales. Aun así, más del 90 % de las infecciones por HPV en la adolescencia se resuelven espontáneamente (19).

Considerando que la mayoría de las infecciones por HPV en la adolescencia son transitorias y que el cáncer cervicouterino en menores de 20 años es extremadamente raro, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) y la Sociedad Americana de Cáncer (ACS) recomiendan iniciar el examen citológico del cuello uterino desde los 21 años o a los 3 años del inicio de la actividad sexual.

4. MARCO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal.

4.2 Delimitación espacio- temporal

Se utilizaran los libros de registros de PAP y Colposcopia del consultorio de patología cervical del Hospital Materno Infantil San Lorenzo.

4.3 Población, muestra y muestreo

4.3.1 Población.

El universo está constituido por las pacientes adolescentes atendidas en la consulta de patología cervical del Hospital Materno Infantil San Lorenzo desde el 1 de enero de 2017 al 31 de diciembre de 2017.

4.3.2 Muestra.

Está conformada por todas las pacientes adolescentes que concurrieron al consultorio de patología cervical donde se realizaron estudios de toma de muestras citológicas e imágenes de colposcopia.

4.3.3 Muestreo

Muestreo no probabilístico por selección consecutiva.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión.

Pacientes adolescentes.

Registro de citología completo.

Adolescentes que cuenten con colposcopia.

4.4.2 Criterios de exclusión.

Pacientes con datos incompletos en los registros.

4.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Indicador	Escala / Valor
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Años	<14 15-19
IRS	Edad a la cual la paciente inicio vida sexual activa	Año del primer contacto sexual	<12 13 a 19
Numero de compañeros sexuales	Cantidad en número de parejas sexuales que ha tenido la paciente	Números	1 2 3 >4
Gestas	Número de veces	Hoja de registro	Nuligesta

	que la paciente ha estado embarazada	de citología	Primigesta Secundigesta
Planificación familiar	Estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos	Hoja de registro de citología	Si planifica (inyectable, oral, DIU, DEPO, barrera, otros) No planifica
Citología de PAP	Examen citológico del cérvix que contiene elementos propios de la zona de transformación que sirve como prueba de screening para detección de lesiones de cérvix	Tipo de hallazgo según registro de citología	1. NLIE 2. Anormalidades de células epiteliales: LIEBG LIEAG ASCUS. ASC-H, Carcinoma de células escamosa, carcinoma

			<p>invasor,</p> <p>Atipia glandular</p> <p>3.Otros hallazgos (inflamación, cambios regenerativos, atrofia, Gardnerella vaginalis, Herpes Virus, bacterias cocoides, cándida spp, Trichomona vaginalis)</p>
<p>hallazgo de colposcopia</p>	<p>Reporte de exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello uterino</p>	<p>Calidad del examen según informe de hoja colposcopia</p>	<p>1. Adecuada</p> <p>2. Inadecuada</p> <p>3. Hallazgos colposcópicos anormales Grado 1 (menor), Grado 2(mayor)</p> <p>Hallazgos varios:</p> <p>Zona de transformación congénita,</p> <p>Condiloma, Pólipo</p>

			(exocervical /endocervical) Inflamación, Estenosis Anomalía congénita, Anomalías post tratamiento, Endometriosis
Diagnostico colposcopico	Diagnostico dado por el médico especialista o medico entrenado en la técnica de colposcopia mediante la exploración o examen visual del conducto vaginal y del cuello uterino mediante un aparato óptico que amplifica las imágenes.	Tipo de lesión según expediente clínico.	LIEBG LIEAG Carcinoma de célula escamosa Ca invasor

4.6 Técnica e instrumento de recolección de datos

La información fue obtenida de manera indirecta a través de revisión del libro de registro de Papanicolaou y Colposcopia que cumplieron los criterios antes expuestos, para lo cual se diseñó una ficha de recolección de información como instrumento con la finalidad de buscar datos en base a nuestra lista de variables.

Se utilizó el sistema Bethesda 2001 para los reportes Citológicos y la nomenclatura de la Federación Internacional de Colposcopia y Patología Cervical: IFPCPC 2011 para los reportes colposcópicos.

4.7 Análisis estadístico

Una vez obtenida la información se procedió a la limpieza, verificación y digitación de datos en una base de datos diseñada en el programa Microsoft Excel 2010; los datos fueron sometidos a un control de calidad mediante un análisis descriptivo, de frecuencia, porcentajes y tablas.

4.8 Consideraciones éticas

Según las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, esta investigación se consideró sin riesgo. Porque se realizó un estudio descriptivo en el cual se revisaron expedientes clínicos, obteniendo los datos necesarios para la investigación, en la que no se trató directamente con la paciente.

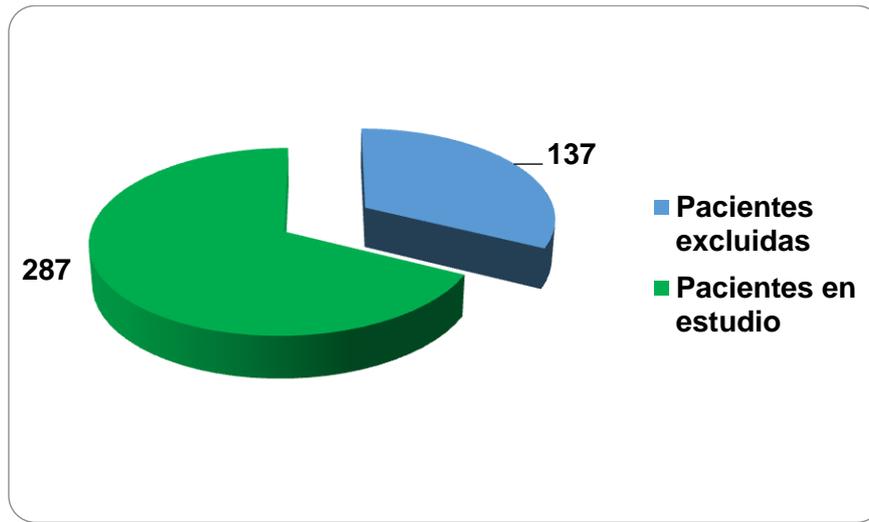
Teniendo en cuenta el respeto a las pacientes que fueron objeto de estudio, no se consideraron los nombres, en el formulario y llenado de instrumentos, sino que se le asignó un código, el cual solo fue de conocimiento de los autores del

estudio. Se solicitó la autorización por escrito a la institución para la utilización de los datos contenidos en los libros de registros de Papanicolaou y Colposcopia.

5. RESULTADOS

Gráfico N° 1: POBLACIÓN TOTAL

N: 424



Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia del HMI San Lorenzo, 2017

El total de pacientes adolescentes que acudieron al consultorio de patología cervical del Hospital Materno Infantil San Lorenzo en el periodo de estudio fue de 424 y de ellas 287 cumplieron con los criterios de inclusión para este trabajo. Haciendo el cálculo de tamaño de muestra con un intervalo de confianza del 95% la cantidad mínima necesaria es de 202, por tanto al sobrepasar dicha cifra las conclusiones a que se arribaron tendrán validez.

Tabla N° 1: DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDADES

Adolescencia	Frecuencia	Porcentaje %
Temprana 10- 13 años	1	0,35%
Media 14-16 años	55	19,16%
Tardía 17-19 años	231	80,49%
Total	287	100,00%

n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia HMI San Lorenzo, 2017

Las adolescentes cuyas edades se encontraban entre los 17 a 19 años fue el que conto con el mayor número de pacientes 231 siendo el 80%, luego las adolescentes en etapa media con 55 jóvenes (19%) y las menores de 13 años con 0,3%.

La edad promedio fue de 17, 6 con una máxima de 19 y una mínima de 13 años.

Tabla N° 2: INICIO DE LA MENARCA

Menarca	Frecuencia	Porcentaje %
13 años o menos	200	69,69%
14 a 16 años	84	29,27%
17 a 19 años	3	1,04%
Total	287	100,00%

n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia del HMI San Lorenzo, 2017

Se comprobó que aproximadamente el 70% de las adolescentes tuvieron la primera menstruación a los 13 años o menos y llamó la atención que 3 pacientes tuvieron menarca tardía. La media fue de 12.6 años.

Tabla N° 3: INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Inicio de Relaciones sexuales	Frecuencia	Porcentaje %
13 años o menos	20	6,97%
14 a 16 años	203	70,73%
17 a 19 años	64	22,30%
Total	287	100,00%

n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia del HMI San Lorenzo, 2017

El inicio de la vida sexual activa de las adolescentes en estudio con una representación del 71% aproximadamente se verificó entre los 14 a 16 años seguidas del grupo de 17 a 19 años con el 22%, si bien hubo niñas que iniciaron relaciones sexuales en forma muy precoz fueron las menos. El promedio fue 15, 5 años.

Tabla N° 4: PAREJAS SEXUALES

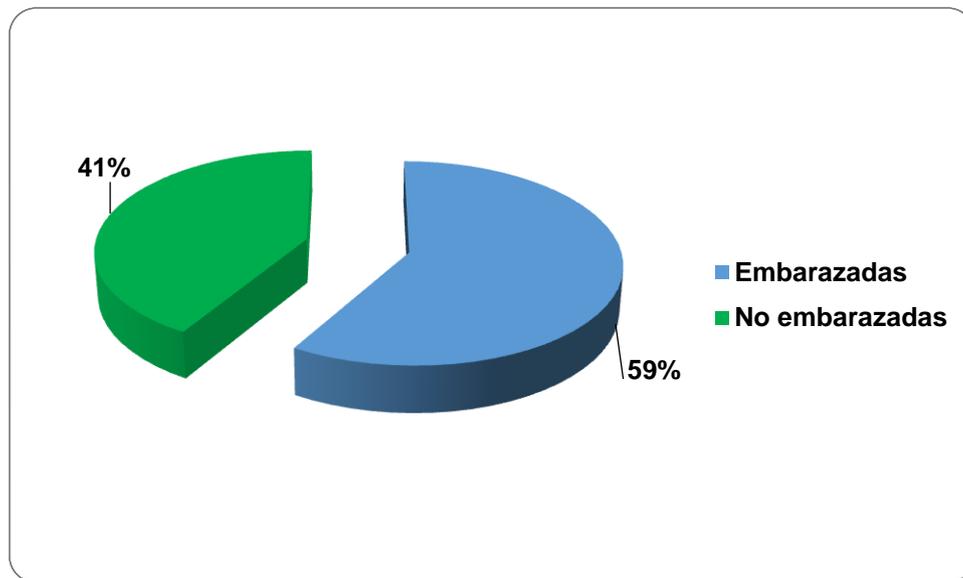
Número de parejas sexuales	Frecuencia	Porcentaje %
Una	106	36,93%
Dos	92	32,06%
Tres	52	18,11%
Cuatro o mas	37	12,90%
Total	287	100,00%

n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia HMI San Lorenzo, 2017

La mayoría de las pacientes había tenido una pareja sexual con un 36,93%, seguidos de las que tuvieron dos parejas con 32,06%, las que tuvieron tres representan el 18,11%, y cuatro o más equivalen al 12,90%.

Gráfico N° 2: PORCENTAJE DE PACIENTES EMBARAZADAS



n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia HMI San Lorenzo, 2017

Consultaron 168 pacientes embarazadas que representan el 59% del total y 119 pacientes no lo estaban (41%).

Tabla N° 5: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Método Anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje %
Barrera	47	39,50%
Aco	23	19,32%
Inyectable	17	14,29%
Depo	5	4,20%
Diu	4	3,37%
Ninguno	23	19,32%
Total	119	100,00%

n: 119

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia HMI San Lorenzo, 2017

Entre los contraceptivos los más utilizados fueron los de barrera con 39,50%, luego las usuarias de ACO con 19,32, Inyectables mensuales con 14,29%, Depoprovera con 4,20% y por ultimo el DIU con 3,37%.

23 pacientes no estaban utilizando ningún método anticonceptivo.

Tabla N° 6: RESULTADOS CITOLÓGICOS

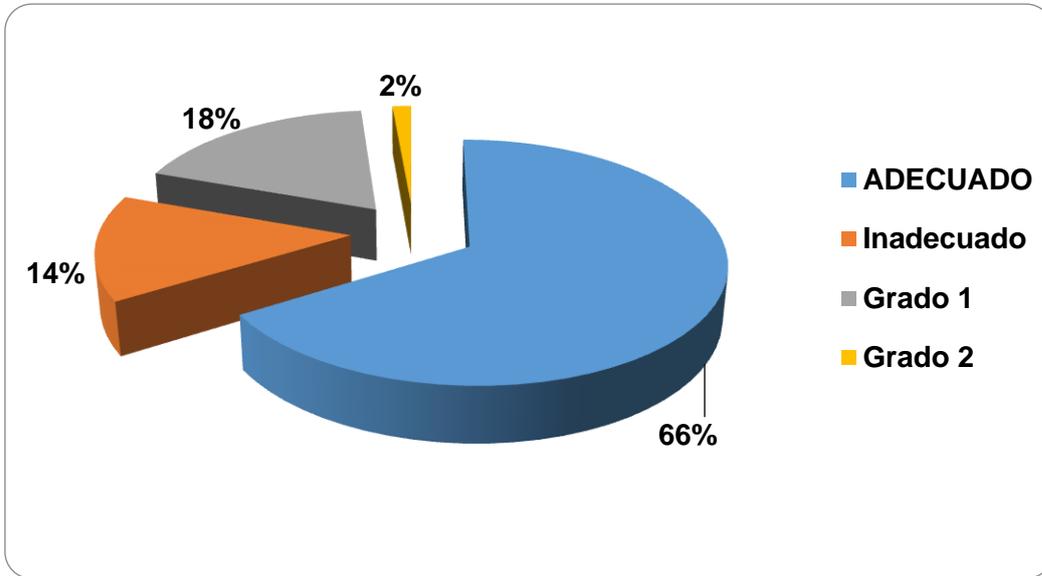
Citología	Frecuencia	Porcentaje %
Negativo para LIE	282	98%
SILBG	3	1%
ASCUS	1	0,30%
Atipia de células glandulares	1	0,30%
Total	287	100%

n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia HMI San Lorenzo, 2017

Entre los hallazgos citológicos pudimos observar que 282 pacientes contaron con resultado Negativo para lesión intraepitelial, de este grupo 200 adolescentes presentaron inflamación. El porcentaje de hallazgos anormales fue bajo, con 1% para SILBG, y 0,30% para ASCUS y atipia de células glandulares respectivamente.

Gráfico N° 3: HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS



n: 287

Fuente: Libros de registros de PAP y Colposcopia HMI San Lorenzo, 2017

De lo observado con la colposcopia encontramos que resultaron estudios adecuados el 66% los inadecuados se debieron a inflamación el 14 %, hallazgos colposcópicos menores el 18% y hallazgos colposcópicos mayores el 2%.

Cabe mencionar que 2 pacientes con citología SILBG presentaron hallazgos colposcópicos menores.

6. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Cuando se hace referencia a la edad, se plantea por la generalidad de los

Investigadores que para la mujer existe un periodo de riesgo entre los 25 y 59 años para padecer CaCU. Pérez Herrera (6) hace la observación que durante la vida, una de cada 10 mujeres tendrá un cáncer ginecológico.

A su vez recalca que una de cada 63 niñas que nacen padecerá de neoplasia intracervical en algún momento de su vida. Varios autores (7-12) han identificado el inicio precoz de las relaciones sexuales como un factor de riesgo para el CaCU, situación está también evidente en el estudio donde un alto número de pacientes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 a 16 años.

El inicio temprano de las relaciones implica la aparición de múltiples compañeros sexuales, con el consiguiente riesgo dado por estas. Posso Moar (8) y colaboradores plantean que a menor edad de inicio de las relaciones sexuales, se eleva notablemente el riesgo de contraer el HPV y por ende se eleva el riesgo de CaCU.

Típicamente, las mujeres contraen el HPV durante la adolescencia y años siguientes. No obstante, puede tomar hasta 20 años o más después de la infección inicial para que se desarrolle el cáncer del cuello uterino. Los estudios epidemiológicos han confirmado que la exposición de las mujeres al HPV ocurre de forma muy precoz después de iniciar relaciones sexuales y que la susceptibilidad para ella, del cuello uterino de la mujer adolescente está aumentada.

Las adolescentes que comienzan sus relaciones sexuales tempranamente tienen mayor riesgo de desarrollar una neoplasia debido a que en la unión

escamo columnar hay proliferación activa, determinado la transformación celular del epitelio columnar en metaplásico y de este a escamoso.

La zona escamo-columnar es altamente sensible a la acción carcinogénica de los HPV, de forma que las infecciones en esta edad establecen un riesgo superior de progresar a lesiones de alto grado y a cáncer. Se estima que 74 % de las infecciones nuevas por HPV se producen entre los 15 y los 24 años de edad.

Resumiendo, todos los autores coinciden con los resultados de este estudio, en que el inicio precoz de las relaciones sexuales se trata de un elemento de riesgo de gran importancia y sobre todo muy frecuente en la actualidad.

Desde hace algunos años se ha expresado que las manipulaciones ginecológicas, que afectan la frontera de los epitelios ecto y endocervical, son un factor de riesgo importante en el desarrollo del CaCU.

Un elevado número de las pacientes de este estudio habían sufrido como mínimo un parto. Cambios hormonales inducidos por el embarazo pueden también modular la respuesta inmune al HPV e influenciar el riesgo de persistencia o progresión de esa infección.

Sarduy en su estudio señala que en once pacientes con LIE-BG no se identificaron atipias colposcópicas por lo que no fue necesario realizar la biopsia (18).

Otro elemento es que en la actualidad contamos con la video-colposcopía, y es indispensable contar con colposcopistas entrenados en todos los centros asistenciales pues resulta necesario, que esta investigación llegue a formar parte del examen ginecológico (19).

7. CONCLUSIONES

1. La población general de estudio fue de 424 adolescentes de las cuales cumplieron con los criterios de inclusión 287, por tanto en adelante ese es el grupo de estudio.
2. Con respecto a la distribución de la población de estudio por grupo de edades el 80% se encontraban entre los 17 a 19 años. La edad de inicio de la menstruación el 70% respondió que fue a los 13 años o menos con una media de 12.6.
3. La mayor parte de las adolescentes iniciaron vida sexual activa en edades muy tempranas menores a 16 años, con una media 15.5.
4. Las múltiples parejas sexuales constituyen un factor de riesgo muy importante para presentar lesiones premalignas de Cáncer de Cuello Uterino, 37 pacientes informaron haber tenido más de 4 parejas.
5. El 59% de las adolescentes del estudio estaban embarazadas al momento de la realización de las pruebas y de las restantes el método de planificación más utilizado fue los preservativos lo cual nos habla que presentan alguna protección contra el HPV.
6. El PAP nos mostró que el 98% fue negativo para lesión intraepitelial con 1% de casos positivos de SILBG.
7. La colposcopia como prueba de tamizaje, cuando es realizada por personal capacitado presenta sensibilidad muy superior al PAP, donde obtuvimos 18% de lesiones de Grado 1 y 2% de Grado 2.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Control integral del cáncer cervicouterino: Guía de prácticas esenciales. 2da Edición. 2015.
2. Martínez Pinillo A, Díaz Ortega I et al. Análisis de los principales factores de riesgo relacionados con el cáncer cérvico uterino en mujeres menores de 30 años. Rev. Cubana Obstet. Ginecol v.36 n.1 Ciudad de la Habana. 2010.
3. Echeverría Miranda CA, Hurtado Estrada G, Pardo Morales RV. Hallazgos colposcópicos en pacientes adolescentes. Investigación materno infantil. Vol. III, No. 2. 2011.
4. Manual Nacional de Normas y Procedimientos para la prevención y el control del cáncer del tracto genital inferior femenino. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción. 2015
6. Chávez-Valdivia M, Quiñones-Ceballos A. Neoplasia intraepitelial cervical en mujeres menores de 25 años. Revista Finlay [revista en Internet]. 2012 [citado 2018 Jul 12]; 2(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/98>
7. Cordero Martínez J. Correlación cito-colpo-histológica en la consulta de patología de cuello. Revista de ciencias médicas. La Habana. 2014 20(2).
8. Posso Moar AG, Rangel Pérez MA, Marchán N, González Blanco M. Lesión intraepitelial cervical en adolescentes. Rev Obstet Ginecol Venez 2014; 74(3):193-202.
9. Franco Cárdenas T, Soriano Pita R. Resultados colposcópicos en adolescentes del sur de Veracruz. Coatzacoalcos, Veracruz. 2015.

10. Tatti SA, Colposcopia y patologías del tracto genital inferior. Editorial medica panamericana. Argentina. 2011.
- 11- Echeverría CA, Hurtado Estrada G, Pardo Morales RV, Hallazgos colposcópicos en pacientes adolescentes. Archivos de Investigación Infantil. Vol. III, No. 2 • mayo-agosto 2011. pp 53-58.
- 12- Parra P, Características de la Infección por Virus Papiloma Humano en la Adolescencia y su Manejo. SOGIA Vol. 16 - Nº 1, Año 2009. pp 11-16.
13. Giurgiovich AJ et al, Ginecología infanto juvenil: un abordaje interdisciplinario. 1º ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2015.
14. Mayeaux EJ, Thomas Cox J, Colposcopia. Editorial Lippincott Williams y Wilkins. Tercera edición. España. 2013
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Adolescencia Manual clínico. Asunción. Paraguay. 2015.
16. Ramón Muñoz AE, Citología cervical inflamatoria y su relación con la lesión intraepitelial y cáncer de cuello uterino en pacientes de Aprove, Loja. [tesis de grado] Loja (ECU): Universidad Nacional de Loja, 2015. 77p.
17. Cestero RM, Manejo del SIL en situaciones especiales. En: XVIII Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología 2016. Sociedad Americana de Colposcopia y Patología cervical. San José, Costa Rica. 12-14 junio de 2016.
18. Aranda Ramos DE, López Sifontes M, Leyva LA, Delgado Ceballos RM, Condiloma acuminado en adolescentes y adultos jóvenes del área de salud "Tula Aguilera" en el municipio de Camagüey. MEDISAN 2013; 17(8):3062.

19. Salvent Tames A, Romero Viamonte K, Correlación cito-colpo-histológica en lesiones premalignas del cuello uterino en el Hospital Básico Píllaro en Ecuador. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. 2017; 43(3).