



PREVALENCIA DEL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL CUELLO UTERINO. PINAR DEL RIO. 2004.

José Guillermo Sanabria Negrin*, Magalys Abreu Mérida**, Víctor Salgueiro Medina**, Gertrudis Palacios Valdés**

* Dirección Provincial de Salud Pública, Pinar del Río, Cuba. Facultad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Cuba. CUBA

** Consulta de Patología de Cuello, Hospital "Abel Santamaría Cuadrado", Pinar del Río, Cuba. CUBA

Resumen

Objetivos: Se realizó un estudio descriptivo para determinar la frecuencia de infección por Virus del Papiloma Humano en la mujer pinareña. **Método:** Se estudió una muestra de 300 mujeres pinareñas comprendidas entre los 16 y los 64 años de edad que acudieron a la Consulta de Patología de Cuello del Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río, desde mayo a diciembre del 2004. Se estudió además la asociación de las variables edad, número de parejas sexuales, inflamación pélvica crónica y síntomas con la presencia de la infección por este virus. Se utilizaron los estadígrafos de Odds Ratio para medir asociación y de Chi cuadrado para medir la fuerza de la misma. **Resultados:** Se encontró que la frecuencia de infección aunque variable oscilaba alrededor del 38 % (IC al 95 % entre 32.5 y 43.8 %). No existía asociación con la edad, ni con el número de parejas sexuales, ni con la presencia de inflamación pélvica ni con los síntomas o signos observados. Todos los casos de infección estuvieron asociados con neoplasias intraepiteliales cervicales y con el carcinoma in situ del cuello uterino, pero no todos los casos de neoplasias intraepiteliales cervicales o de carcinoma in situ se asociaron con la presencia del virus. **Conclusiones:** La enfermedad por el Virus del Papiloma Humano es una entidad a considerar en nuestra población. Son por lo tanto, válidas las estrategias poblacionales e individuales para prevenir la infección y disminuir el riesgo de padecer del cáncer del cuello uterino.

Introducción

La infección por Virus del Papiloma Humano (VPH) genital está ligada al cáncer cervical (1), pero el factor de riesgo más importante según este autor es el no seguimiento de un programa de pesquiasaje que detecte lesiones de bajo grado de manera que no se diagnostiquen cánceres invasores.

De las más de 100 cepas conocidas de VPH, 30 son transmitidas sexualmente y se consideran VPH genitales. Aproximadamente 5.5 millones de nuevas transmisiones ocurren en los Estados Unidos de Norteamérica anualmente, es decir, un tercio de todas las enfermedades de transmisión sexual. Se considera que el 75 % de las personas entre 15 y 49 años contrae la infección en algún momento de su vida. (2)

Los datos de incidencia del VPH son limitados, y los factores de riesgo para su transmisión no se conocen con precisión. La no detección del VPH en la biopsia no es tampoco una prueba fehaciente de que la paciente no padezca la infección del VPH en el cuello uterino. Se necesitan pruebas más precisas como la detección del ADN viral para comprobar los resultados, técnicas que en nuestra provincia no es posible realizar.

En un estudio realizado en adolescentes estudiantes de la universidad de Seattle en EEUU de Norteamérica, mediante técnicas de detección de ADN de VPH, encontraron que a los 24 meses, la incidencia acumulada era del 32 % (IC 95 %: 28.0-37.1 %). Se encontró que el fumar, el uso de contraceptivos orales, y reportar el tener una nueva pareja sexual eran predictores de infección incidente. La detección de VPH oral fue rara y no se asoció con el sexo oral. (2)

En relación con el tratamiento definitivo no existe aún una cura específica para la infección por VPH, pero el virus puede ser controlado mediante podofilina o interferón, y las verrugas pueden extirparse quirúrgicamente, tratamiento con láser o cirugía convencional. (3), sin embargo, el virus persiste

en la sangre del individuo y puede provocar recaídas de la enfermedad. (4)

Por otro lado la asociación del VPH y las neoplasias epiteliales cervicales es un hecho conocido desde hace ya muchos años, y hoy se plantea al VPH como el agente etiológico del cáncer cérvico uterino. (5-10). De todo lo anterior es la necesidad de continuar estudiando la incidencia y prevalencia de la infección por VPH y su asociación con factores de riesgo y con las neoplasias intraepiteliales cervicales del cuello uterino.

Método

Se realizó un estudio retrospectivo sobre 300 biopsias de cuello uterino realizadas por conización mediante asa diatérmica en la Consulta de Patología de Cuello del Hospital "Abel Santamaría" de Pinar del Río, realizadas en el período comprendido entre mayo a diciembre del 2004, para realizar un análisis descriptivo de la frecuencia del VPH, y posteriormente se realizó un estudio de casos (con presencia de VPH) y controles (ausencia de VPH en las biopsias) para buscar asociación entre factores. Esas mujeres llegaron a la Consulta de Patología de Cuello por dos vías: unas provenían de tener un resultado de citología orgánica alterada, al realizar la prueba para el pesquisaje de detección precoz del cáncer cérvico-uterino, y un segundo grupo que acudió por sintomatología genital, o por observación de lesiones colposcópicas, pero que no se habían realizado la prueba citológica o que tenían prueba citológica negativa. Se confeccionó una base de datos en Excel que contenía las siguientes variables: edad, número de parejas sexuales, síntomas y diagnóstico definitivo mediante biopsia. Las frecuencias y asociaciones de variables fueron medidas con el programa Statcalc del Epi-Info versión 6.04d del CDC de Atlanta de 1999. Para las comparaciones de frecuencia se utilizó la prueba de X^2 , y para la asociación entre variables, la medida del Odds Ratio. Se realizó un análisis estratificado de los factores y se calculó tanto el OR crudo como el ponderado de Mantel-Haenszel. Todas las comparaciones se realizaron al 95 % de confianza.

Resultados y discusión

En el cuadro I se muestra la distribución de la frecuencia de lesiones por Virus del Papiloma Humano detectado en biopsias por asa diatérmica y su relación con la edad de las pacientes.

En el grupo de menos de 25 años hubo 5 mujeres entre 15 a 19 años, 2 de las cuales presentó el VPH (40 %), y 15 en el grupo de 20-24, entre las cuales se observó el VPH en 5 (33.3 %).

Cuadro 1. Virus del Papiloma Humano en biopsias por asa diatérmica. Pinar del Río. 2004.

Edad las pacientes y frecuencia de VPH.

Edad en años	Total de biopsias	VHP presente	%	IC 95 %
< 25	20	7	35,0	16.3-59.1
25-29	61	26	42,6	39.2-55.9
30-34	57	22	38,6	19.1-40.2
35-39	73	32	43,8	32.4-55.9
40-44	40	13	32,5	19.1-49.2
45-49	30	11	36,7	20.5-56.1
50 y +	19	3	15,8	4.2-40.5
Total	300	114	38,0	32.5-43.8

Fuente: HC de Patología de Cuello

Para la comparación estadística se reunió el grupo de 50 años y más (3 mujeres con HPV de un total de 19, es decir, el 15.8 %), dada la baja frecuencia de lesiones por VPH, y resultó que las comparaciones de frecuencias no eran significativas ($X^2 = 6.21$; gdl = 6; $p = 0.4$), indicando que las lesiones por el

VPH aparecen por igual en cualquier edad, lo que en total hace que la frecuencia de VPH en estas mujeres alcance el 38 % (IC 95 %: 32.5 - 43.8 %).

Es de notar que el 100 % de las mujeres examinadas comenzaron sus primeras relaciones sexuales antes de los 20 años, por lo que es un factor a no tener en cuenta en este estudio como variable.

La frecuencia de HPV según el número de parejas sexuales se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2. Virus del Papiloma Humano en biopsias por asa diatérmica. Pinar del Río. 2004.

Número de parejas sexuales y frecuencia de VPH.

Parejas sexuales	Individuos	VPH +	%
1	98	44	44,9
Más de 1	202	70	34,7
TOTAL	300	114	38,0

Fuente: HC de Patología de Cuello

Nota: $\chi^2_{M-H}=3.10$; $p = 0.08$; OR = 1.62 (IC 95 %: 0.96 < OR < 2.78)

En general no se encontró asociación entre el número de parejas sexuales y la frecuencia de VPH con todas las edades confundidas. Al establecer estratos de edad y número de parejas sexuales, no se encontró asociación para ninguno de los estratos (Cuadro 3)

La relación entre el número de parejas sexuales y la presencia o no de VPH con respecto a dos nuevos estratos, presencia de enfermedad inflamatoria pélvica o no se muestra en el cuadro 4.

Cuadro 3. Virus del Papiloma Humano en biopsias por asa diatérmica. Pinar del Río. 2004.

Edades	OR	IC OR 95 %	χ^2	p
< 25	1,00	0,11-8,93	0,22	0,64
25-29	2,19	0,60-8,15	1,81	0,18
30-34	1,13	0,29-4,37	0,04	0,85
35-39	1,74	0,60-5,05	1,28	0,26
40-44	0,38	0,05-2,51	0,56	0,45
45-49	3,79	0,63-24,95	1,76	0,18
50 y +	Ind	Ind.	2,34	0,12
total bruto	1,54	-	-	-
Ponderado M-H	1,62	0,96-2,78	3,1	0,08

Nota: Ind = indeterminado

Fuente: HC de Patología de Cuello

Esto contradice a trabajos anteriores que sí reportan al número de parejas sexuales como un factor de riesgo para contraer la infección por VPH (11) sobre todo cuando son 5 o más parejas sexuales.

Con relación a los síntomas que precedieron a la biopsia hay que dicotomizar la muestra en dos grupos: el primero que llegó a la consulta de Patología de Cuello, asintomático, por un resultado alterado en la citología orgánica, y el segundo grupo que no se realizó la prueba citológica y tenía diferentes síntomas.

En el cuadro 5 se muestran los resultados de la asociación de la presencia o no de síntomas y el VPH.

No se observó asociación entre sintomatología y la infección por VPH.

Todo ello habla a favor de que en el cuello uterino la infección por VPH es una lesión que puede ser asintomática (55.3 %) o asintomática. Entre los síntomas la leucorrea inespecífica fue la más frecuente (5.3 % entre las infectadas y 7.5 % entre las no infectadas).

Cuadro 4. Virus del Papiloma Humano en biopsias por asa diatérmica. Pinar del Río. 2004. Relación entre la presencia de enfermedad inflamatoria pélvica, número de parejas sexuales y infección por VPH.

Enfermedad inflamatoria pélvica= presente

Parejas sexuales	Total	Infec por		OR	IC OR	X ²	p
		VPH	%				
1	16	7	43,75	1,67	0,44-6,29	0,73	0,39
Más de 1	44	14	31,8				
Total	60	21	35,0				

Enfermedad inflamatoria pélvica= ausente

Parejas sexuales	Total	Infec por		OR	IC OR	X ²	p
		VPH	%				
1	82	37	45,12	1,5	0,84-2,67	2,13	0,14
Más de 1	158	56	35,4				
Total	240	93	38,8				

OR
Crudo= 1,54
OR_{MH}= 1,53 0,90-2,58 2,41 0,12

Fuente: HC de Patología de Cuello

Cuadro 5. Virus del Papiloma Humano en biopsias por asa diatérmica. Pinar del Río. 2004. Asociación entre síntomas y presencia de VPH.

	Total	Infec por	
		VPH	%
Sintomática	104	50	48,08
Asintomática	166	64	38,55
Total	300	114	38,00

Fuente: HC de Patología de Cuello

Nota: OR = 1.05 ; IC al 95 %: 0.64-1.73; X²= 0.05; p=0.82

La infección por VPH, como plantea la mayoría, cursa usualmente asintomática (3), y es usualmente inocua. La gran mayoría de los casos son transitorios, ya que el sistema inmune lucha y combate la infección, que se inactiva o se resuelve. Algunas cepas producen verrugas genitales, que pueden ser removidas, pero el virus queda en el cuerpo, y los síntomas pueden reaparecer. Otras cepas se dicen que son de "alto riesgo" porque pueden desencadenar una infección persistente que puede progresar al cáncer cervical si no se tratan, usualmente en un período de décadas. Virtualmente todos los casos de cáncer cervical están asociados con 13 de estas cepas de alto riesgo. (1-3) La razón por la cual hay baja incidencia de cáncer cérvico-uterino a pesar de la alta tasa de infección por VPH es el programa de detección precoz del cáncer cérvico uterino (1, 3). El programa no sólo detecta estados tempranos del cáncer, sino que también detecta lesiones de bajo grado que son tratadas.

En la muestra se detectaron 250 lesiones de neoplasia intraepitelial cervical (desde las NIC I hasta el carcinoma in situ). La infección por VPH siempre se encontró asociada a algún tipo de NIC (114 casos) y la asociación de la infección con VPH y las lesiones precancerosas del cuello uterino se muestra en el cuadro 6. Se encontró que la frecuencia de asociación era variable, significativamente superior en las lesiones NIC I y NIC III. (X² total = 49.68; gdl = 3; p = 9.3 x 10⁻¹¹).

Cuadro 6. Virus del Papiloma Humano en biopsias por asa diatérmica. Pinar del Río. 2004. Asociación entre la presencia de VPH y las neoplasias intraepiteliales cervicales.

Neoplasias intraepiteliales	Total	Infec por		IC 95 %
		VPH	%	

NIC I	80	51	63,75	52,2-73,9
NIC II	90	17	18,89	11,7-28,8
NIC III	48	34	70,83	55,7-82,6
CIS	32	12	37,50	21,6-56,2
TOTAL	250	114	45,60	39,3-51,9

Fuente: HC de Patología de Cuello.

En los países en vías de desarrollo ocurren entre 80 y 85 % de las muertes por cáncer cervical en todo el mundo, la mayoría de ellas en el África subsahariana y en Latinoamérica, y los motivos fundamentales son la falta de acceso a los programas de detección, Mientras en los países desarrollados el fácil acceso, las campañas de promoción contra el cáncer cervical han propiciado que las mujeres acudan de rutina al pesquisaje (2).

En Cuba la situación es similar a la de los países desarrollados. Cada año se detectan numerosas lesiones de bajo y alto grado en el cuello uterino y cánceres in situ, pero aún quedan algunos casos que continúan detectándose en estadios avanzados y para quienes la muerte es casi siempre el desenlace inmediato (1-2 años después del diagnóstico).

Conclusiones

La infección por VPH detectada por biopsia de cuello uterino, no es tan baja en la población femenina pinañera y alcanza al 38 % (IC 95 %: 32.5-43.8 %) Puede ser asintomática o sintomática y no se relacionó ni con la inflamación pélvica, ni con el número de parejas sexuales y por lo tanto debe tenerse en cuenta ante toda mujer sexualmente activa.

Bibliografía

1. Dailar C. HPV in the United States and Developing Nations: A Problem Of Public Health or Politics? The Gutmacher Report on Public Policy. 2003; 6(3).
2. Winer RL, Shu-Kuang L, Hughes JP, Adam DE, Kiviat NB and Koutsky LA: Genital Human Papillomavirus Infection: Incidence and Risk Factors in a Cohort of Female University Students. Amer J Epidemiol 2003; 157:218 -226.
3. NCCC Human Papillomavirus (HPV). Tomado de <http://www.nccc.org/> dic. 2004.
4. CDC Report to Congress, Prevention of HPV and cervical cancer, July 2004
5. Madrigal de la Campa MA, Ruiz Moreno JA. Tratamiento de condilomas acuminados gigantes de la vulva combinando láser CO2 y electrocirugía. Ginecol Obstret Mex 2000; Volumen 68(1): 27-30
6. Mauricette Derchain SF; Buzanelli Borges da Silva MH ; De Toledo Lima Junior JA. Adolescentes com infecção do trato genital inferior por papiloma virus humano: tratamento e seguimento DST J Bras Doenças sex. Transm; 1996; 8 (1): 25-8.
7. Fernández S M; Soto Pérez J; Fúster Alfaro F; Steinkoler S P.: Tratamiento de las lesiones por PVH a nivel cérvico-vaginal (criocirugía asociado a 5-fluoracilo y aciclovir). Rev Med Costa Rica; 1998; 55 (545): 165-8.
8. Velasco Rojas Lourdes, Alberto Cuevas Zevada H.G.Z Persistencia del VPH postratamiento con asa diatérmica y / o crioterapia. Rev Salud Publica y Nutrición. 2002. 5.
9. Russomano F, Reis A, de Camargo MJ, Peixoto Dutra MV, Costa Fonseca S, Anderson J. Efficacy in treatment of subclinical cervical HPV infection without intraepithelial neoplasia: Systematic review. Sao Paulo Med. J. 2000; 118(4) Paulo July 2000. <http://bibliotecavirtual/Scientificelibraryonline/20 nov 2004>.
10. Borges Laffita M, Sanamé Columbié O, Hartmann Guilarte A, Terán Palermo S. Estudio epidemiológico de las displasias epiteliales de cuello uterino y la infección por HPV en el hospital General Docente de Baracoa, Guantánamo. Cuba en el año 2002. VI Congreso

Hispanoamericano de Anatomía Patológica. Habana, Cuba. 2004.

11. Chan JK: El número de parejas es clave para determinar el riesgo de cáncer cervical. Congreso anual del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). 2001.

Web mantenido y actualizado por el [Servicio de informática](#) uclm. Modificado: 29/09/2005 21:56:28