



Revista Digital de Postgrado  
ISSN: 2244-761X  
revistadpgmeducv@gmail.com  
Universidad Central de Venezuela  
Venezuela

## Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil. Maracaibo. Estado Zulia

**De Sousa, Karina; Colmenares, Eudomaro**

Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil. Maracaibo. Estado Zulia

Revista Digital de Postgrado, vol. 8, núm. 3, 2019

Universidad Central de Venezuela, Venezuela

© Universidad Central de Venezuela, 2019

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 3.0 Internacional.

## Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil. Maracaibo. Estado Zulia

Prevalence of intraepithelial, cervical low and high grade injuries in patients in the fertile age. Maracaibo. Zulia state

*Karina De Sousa*

*Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad del Zulia.*

*Maracaibo,, Venezuela*

Karinads69@gmail.com


 <http://orcid.org/0000-0002-0859-4304>

*Eudomaro Colmenares*

*Facultad de Medicina. Escuela de Medicina. Departamento de Ciencias Morfológicas. Universidad del Zulia,*

*Maracaibo, Venezuela*

ccvcolmenareslugo@gmail.com

 <http://orcid.org/0000-0003-1631-594X>

Recepción: 25 Mayo 2019

Aprobación: 05 Julio 2019

### RESUMEN:

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes de edad fértil en la consulta de ginecología del centro Materno pediátrico Zulia, en el periodo comprendido febrero 2016 -febrero 2018 Maracaibo, Estado Zulia. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron mujeres entre los 15 y 44 años, que acudieron a la consulta de Ginecología obstetricia del centro materno pediátrico Zulia para el periodo comprendido febrero 2016 – febrero 2018. Se evaluó la normalidad de las variables cuantitativas, empleándose la mediana o el promedio con sus varianzas según su distribución, y frecuencias y proporciones para las variables categóricas. **Resultados:** Se incluyeron 150 pacientes. La mediana de la edad fue 29 años con rango (R: 15-43 años), la mediana del número de partos 1 (R: 0-3). Uso de métodos anticonceptivos, la mayoría utilizaba ACO. El 60% de las citologías se reportaron como negativas, 20 % lesión de bajo grado (LSIL), 10% células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US), 2% lesiones de alto grado (HSIL), 2,3% células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado ASC-H, 3,3% células glandulares atípicas de significado incierto (ASGUS) y 2% carcinoma invasor. **Conclusión:** La prevalencia de las anomalías citológicas fue alta en todos los grupos analizados, sin embargo, existe un mayor número de LSIL hacia la tercera década de la vida y en aquellas que iniciaron su vida sexual después de los 40 años. De igual manera se encontró una relación inversa entre el número de partos, planificación familiar hormonal y aparición de lesiones pre neoplásicas.

**PALABRAS CLAVE:** Citología cervicouterina, cáncer de cuello uterino, virus del papiloma humano.

### ABSTRACT:

**Objective:** To determine the prevalence of cervical intraepithelial lesions of low and high grade in patients of fertile age in the gynecology clinic of the Zulia maternity center, in the period February 2016-February 2018 Maracaibo, Zulia State. **Methods:** A retrospective descriptive study was carried out that included women between 15 and 44 years old, who attended the obstetrics gynecology clinic of the Zulia pediatric maternity center for the period February 2016-February 2018. The normality of the quantitative variables, using the median or average with their variances according to their distribution, and frequencies and proportions for the categorical variables. **Results:** 150 patients were included. The median age was 29 years with range (R: 15-43 years), the median number of births 1 (R: 0-3). Using contraceptive methods, most used ACO. 60% of cytologies were reported as negative, 20% low grade lesion (LSIL), 10% atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US), 2% high grade lesions (HSIL), 2.3% cells Atypical squamous of indeterminate significance of high grade ASC-H, 3.3% atypical glandular cells of uncertain significance (ASGUS) and 2% invasive carcinoma. **Conclusion:** The prevalence of cytological abnormalities was high in all the groups analyzed, however, there is a greater number of LSIL in the third decade of life and in those who began their sexual

life after 40 years. Likewise, an inverse relationship was found between the number of births, hormonal family planning and the appearance of pre-neoplastic lesions.

**KEYWORDS:** Cervical cytology, cervical cancer, human papillomavirus .

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino (CCU) es la principal causa de muerte por neoplasia en mujeres en edad fértil de países en vías de desarrollo. Se ha calculado que en todas las Américas, cada año se presentan casi 120.000 nuevas pacientes con cáncer de cérvix uterino y más aún en mujeres de América Latina y el Caribe; América del Norte tiene la morbilidad y mortalidad más baja.<sup>(1)</sup> La incidencia varía de unas naciones a otras. Se observan tasas muy bajas en Israel (4,5 por 100.000 mujeres), en Connecticut Estados Unidos (9,8) y en Nueva Zelanda (9,9). Muy elevada en Cali, Colombia (62,8); en Recife, Brasil (58,1) y Dinamarca (31,6).<sup>(2)</sup>

En Venezuela, la tasa bruta de incidencia en 2015, según los datos notificados al Registro Nacional de Cáncer fue de Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). La incidencia fue de 4076 por 100.000 mujeres y la tasa de mortalidad fue de 1630 por 100.000 habitantes, se encontró con menor tasa solamente a Estados Unidos y Canadá con 3,0 y 2,9, respectivamente.<sup>(3)</sup> Se calcula que actualmente en el mundo lo padecen más de un millón de mujeres. La mayoría de ellas no han sido diagnosticadas ni tienen acceso a un tratamiento que podría curarlas o prolongarles la vida. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres en edad fértil se encuentran en un rango entre 15 a 44 años de edad, incluyendo en este grupo a las adolescentes y mujeres adultas.<sup>(4)</sup> De igual manera, las mujeres se ven más afectadas que los hombres por otras infecciones transmitidas por vía sexual. Así, la OMS calcula que, en América Latina y en África, una de cuatro mujeres padece infecciones tratables como gonorrea, clamidia, sífilis o tricomoniasis. Al mismo tiempo, las mujeres tienen un acceso limitado a los servicios de diagnóstico y tratamiento.<sup>(5)</sup>

Otro virus que se transmite por contacto sexual y que pone en riesgo la salud de las mujeres es del papiloma humano (VPH). La mayoría de las infecciones con el VPH son de corta duración y no ponen en peligro la salud de la mujer, la permanencia de la infección genital puede causar cáncer cervicouterino, el segundo tipo de cáncer más común en las mujeres.<sup>(6)</sup>

Este cáncer puede ser prevenido por una vacuna y mediante la pesquisa citológica regular, los cuales son de limitado el acceso en los países en vías de desarrollo.<sup>(7)</sup>

El comienzo precoz de las relaciones sexuales ha traído como consecuencia un aumento en las infecciones de transmisión sexual. Las adolescentes, junto con las adultas jóvenes, en particular el grupo etario de 15 a 25 años, presentan la mayor tasa de prevalencia. Entre los factores medioambientales que favorecen una infección persistente, se señalan otras infecciones de transmisión sexual, tabaquismo, edad temprana del primer coito, multiparidad, promiscuidad sexual y pareja que tengan o hayan tenido numerosas parejas sexuales las lesiones intraepiteliales de bajo grado la cual consiste de una lesión precursora del cáncer del cuello uterino que ha sido ampliamente estudiada y discutida desde la década del treinta y hasta la actualidad.<sup>(8)</sup>

Se caracteriza por alteraciones de la maduración y anomalías nucleares y se han subdividido en tres grados según su extensión y gravedad: Lesión Escamosa Intraepitelial (LEI): Comprende un espectro de anomalías epiteliales no invasivas, que tradicionalmente se han clasificado como condiloma plano, displasia, carcinoma in situ, y NIC.<sup>(9)</sup>

En el sistema Bethesda, estas lesiones se dividen en lesiones de bajo grado y de alto grado. En las de bajo grado se agrupan las alteraciones celulares asociadas a infección por Papiloma Virus Humano (VPH), el llamado coilocito y la displasia leve/NIC I. Las lesiones de alto grado agrupan a la displasia moderada/NIC II, displasia severa/NIC III y el carcinoma in situ. Para la lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LEIBG), en la citología se observa que las células aparecen agrupadas o en forma aislada, las anomalías

nucleares general- mente se observan en células superficiales o maduras, hay agrandamiento nuclear por lo menos tres veces el tamaño del núcleo de una célula normal intermedia, así como aumento de la relación núcleo/citoplasma, binucleación o multinucleación. hiper cromasía, el nucléolo está raramente presente y la membrana nuclear muestra leves irregularidades o es poco distinguible.<sup>(10)</sup>

Para la lesión escamosa intraepitelial de alto grado (LEIAG), las células epiteliales se agrupan en forma de mantos, en forma sincicial o aisladas, hay marcado agrandamiento nuclear semejante a las lesiones de bajo grado, pero hay una disminución del área citoplasmática, trayendo como consecuencia un incremento mayor en la relación núcleo/citoplasma, el tamaño celular en las LEIAG es menor que en las LEIBG, hay marcada hiper cromasía, el nucléolo está generalmente ausente y los bordes nucleares son irregulares. hiper cromasía, el nucléolo está generalmente ausente y los bordes nucleares son irregulares.<sup>(11)</sup>

Estas dos últimas denominaciones en conjunto se conocen también como: Lesiones intraepiteliales de alto grado (LIE-AG), las cuales se han integrado en diferentes clasificaciones desde la propuesta por Papanicolaou hasta el actual Sistema Bethesda. Otra de las aportaciones de la clasificación Bethesda es el concepto de Atipia escamosa que incluye Atipias Escamosa de significado indeterminado (ASC-US) y el de AGUS (células glandulares atípicas).<sup>(12)</sup> Este tipo de clasificación se introdujo para intentar acotar con más precisión la zona gris entre los cambios celulares benignos y la lesión intraepitelial por lo que la catalogación de estos procesos se realizan por exclusión.<sup>(11)</sup> Es decir los cambios observados pueden deberse a un proceso benigno, pero intenso o a una lesión potencialmente grave, por lo tanto y como no pueden ser inequívocamente clasificados son interpretados como de significado incierto.<sup>(13)</sup> La citología cervicovaginal es un método de ayuda diagnóstica para detectar lesiones escamosas intraepiteliales, así como carcinomas invasores; deberá complementarse con estudios de correlación como la colposcopia y toma de biopsia para aumentar la certeza diagnóstica.<sup>(14)</sup>

La citología y la colposcopia se han utilizado a través de los años con el objetivo de diagnosticar las afecciones premalignas y malignas del cérvix uterino; sin embargo, el estudio histológico es el que resulta concluyente para poder establecer el diagnóstico.<sup>(15)</sup> Este puede realizarse por una biopsia en sacabocados, la conización con bisturí y la que se realiza con asa diatérmica, hoy por hoy, una técnica conservadora de la fertilidad que permite diagnosticar y tratar en el mismo momento.<sup>(16)</sup>

A pesar de ser la infección por papiloma virus humano (VPH) la causa necesaria del cáncer de cérvix, no es de ninguna manera suficiente para el desarrollo de este tumor.<sup>(17)</sup> En las últimas décadas los programas de tamización citológica han reducido sustancialmente la incidencia y mortalidad del cáncer cervical en los países desarrollados.<sup>(18)</sup> En consecuencia, la ausencia de información conduce a una deficiente planificación de programas y servicios, por subestimar los recursos necesarios y no identificar adecuadamente la población en riesgo de cáncer de cuello uterino.<sup>(19)</sup>

El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil en el Centro Materno Infantil Pediátrico Zulia. Maracaibo, estado Zulia.

## MÉTODOS

El presente estudio fue de tipo Cuantitativo, descriptivo correlacional. Se tomó en cuenta, para referencia numérica, los datos estadísticos del Boletín de Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Venezuela 2016.<sup>(3)</sup> El cual informa que el cáncer de cuello uterino presenta una tasa de 27,12 % para el 2016.

La población estuvo conformada por todas las pacientes entre 15 a 44 años que acudieron a la consulta ginecológica del Centro Materno Infantil Pediátrico Zulia para el período de febrero 2016 -febrero 2018. Criterios de inclusión: Mujeres en rangos de edad entre 15 y 44 años. Se excluyeron embarazadas, histerectomizadas, conizadas o con diagnósticos previos de patología cervical.

Variables analizadas: Edad, diagnóstico (lesiones de bajo o alto grado y presencia de cáncer de cuello uterino), paridad, método de planificación familiar y sexarquia. La muestra final fue de 150 pacientes, a todas se les realizó citología por la técnica de Papanicolaou y aquellas con lesiones intraepiteliales se les realizó biopsia bajo visión colposcópica a través de consentimiento informado. Se realizó análisis estadístico y descriptivo de los datos a través del paquete estadístico SPS statistics® 10.0.

## RESULTADOS

Sobre la población en estudio de 150 pacientes, la mediana de la edad fue de 29 años (RI: 15-44 años), la mediana de edad de inicio de la actividad sexual de 17 años (RI: 16-19 años) y la mediana del número de partos de 1 (RI: 0-3). El 65% de las pacientes tuvieron una edad entre los 26-40 años; el 83% inició la actividad sexual entre los 15 y 25 años, 71 % tenían menos de 3 partos, y el 23% no realizaba planificación familiar (Tabla 1).

TABLA 1  
Características sociodemográficas de la población en estudio

<b>Dimensión</b>	<b>Categorías</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Rango de edad</b>	15-20	10	6,66
	21-25	20	13,33
	26-30	32	21,33
	31-35	40	26,66
	36-40	26	17,33
	41-44	22	14,66
<b>Sexarquia</b>	15-20	51	34,00
	21-25	74	49,33
	26-30	18	12,00
	31-35	4	2,66
	36-40	2	1,33
	41-44	1	0,66
<b>Número de partos</b>	0-2	107	71,33
	3-5	38	25,33
	6-15	7	4,66
<b>Método de planificación familiar</b>	Ninguno	35	23,3
	DIU	30	20,0
	ACO	45	30,0
	Barrera	15	10
	Esterilización	7	4,5
	Quirúrgica	7	4,5
	Implanon	7	4,5
	Vasectomía	3	2,0
	Otros	8	5,3

(n: 150 pacientes)

El 60% de las 150 citologías fueron informadas como negativas. El 19% fueron lesiones de bajo grado, 4% de alto grado, 8% ASC-US, 2% ASC-H, 3,3% ASGUS y 3,3% lesión compatible con cáncer invasivo (Tabla 2).

TABLA 2  
Resultados de citología

Citología	n	%
Negativas	90	60
Lesión bajo grado (VPH)	29	19,3
Lesión alto grado	6	4,0
CA invasor	5	3,3
ASC-US	12	8,0
ASC-US H	3	2,0
ASG-US	5	3,3

n: 150 pacientes.

ASC-US: Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

ASC-US H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado.

ASG-US: Células glandulares atípicas de significado indeterminado.

En el grupo de 15-20 años el 90% de todas las citologías fueron informadas como negativas, mientras en el grupo de 36 a 40 años el 30,7% presentaron lesiones de bajo grado, El grupo de edad con mayor número de mujeres afectadas por lesiones de alto grado fue el grupo de 31 a 40 años con 13%, (Tabla 3). El carcinoma invasor obtuvo porcentajes entre 7,6% (n=2) en el grupo entre 36 y 40 años, 3,12% (n=1) para los grupos entre 41-44 años, y 4,5% para el grupo de 26-30 años, estando ausente en los demás grupos de edad (Tabla 3).

TABLA 3  
Alteraciones citológicas por grupo etario

Citología	Grupos etarios (años)											
	15-20		21-25		26-30		31-35		36-40		41-44	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Negativas	10	90,0	15	72,5	20	62,5	20	50,0	10	38,4	15	63,6
Lesión bajo grado (VPH)	1	10,0	5	25,0	6	18,7	5	12,0	8	30,7	4	18,8
Lesión alto grado	0	0	0	0	1	3,12	2	5,0	2	7,6	1	4,5
CA invasor	0	0	0	0	1	3,12	1	2,5	2	7,6	1	4,5
ASC-US	0	0	1	2,5	4	12,5	10	25,0	0	0	0	0
ASC-US H	0	0	0	0	0	0	1	2,5	1	3,8	1	4,5
ASG-US	0	0	0	0	0	0	1	2,5	3	11,5	1	4,5

LIE BG: Lesión intraepitelial bajo grado.

LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado.

ASC-US: Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

ASCUS H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado.

ASGUS: Células glandulares atípicas de significado indeterminado.

El mayor porcentaje de lesiones de bajo grado ocurrieron en mujeres que utilizaban el método de planificación familiar hormonal (19,3%), seguido por las que no usaban ningún método (13,3%) y aquellas que tenían ligadura de trompas (6,6%) Las lesiones de alto grado fueron más frecuentes en las pacientes que no usaron ningún método 2,6%. Y las lesiones tipo ASCUS se observaron en mayor porcentaje (7,3%) en las que usaban las hormonas como método de planificación familiar (Tabla 4).

TABLA 4  
Alteraciones citológicas según método de planificación familiar

Método de planificación familiar	Alteraciones citológicas											
	LBG		LAG		CA-I		ASCUS		ASCUSH		ASGUS	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ninguno	20	13,3	4	2,6	1	0,6	8	5,3	1	0,6	1	0,6
DIU	18	12,0	2	1,3	1	0,6	5	3,3	2	1,3	2	1,3
Vasectomía	1	0,6	0	0	0	0	1	0,6	0	0	1	0,6
Esterilización	10	6,6	0	0	0	0	4	2,6	0	0	0	0
Hormonal	29	19,3	2	1,3	1	0,6	11	7,3	1	0,6	1	0,6
Barrera	9	6,0	2	1,3	1	0,6	2	1,3	0	0	0	0
Otro	5	3,3	1	0,6	1	0,6	1	0,6	0	0	0	0
	92	61,3	11	7,3	5	3,3	32	21,3	4	2,6	6	3,1

LIE BG: Lesión intraepitelial bajo grado.

LIEAG: Lesión intraepitelial de alto grado.

ASC-US: Células escamosas atípicas de significado indeterminado.

ASCUS H: Células escamosas atípicas de significado indeterminado de alto grado.

ASGUS: Células glandulares atípicas de significado indeterminado.

## DISCUSIÓN

La prevalencia de alteraciones citológicas en este trabajo sobre una muestra de 150 pacientes fue de 40%, de ellas el 19,3% correspondió a lesiones de bajo grado y el 4% a lesiones de alto grado. Estos resultados son superiores a los informados en Colombia por González et al.<sup>(10)</sup>, quienes hallaron un 30,6% de alteraciones en la citología cervicouterina en un estudio sobre 4.957 mujeres en Bogotá. En otras investigaciones, la prevalencia de anormalidades citológicas varía según el tipo de población en estudio y los factores de riesgos inherentes a la misma<sup>(20-27)</sup>. En una muestra de 31 pacientes VIH positivas asintomáticas desde el punto de vista ginecológico, se reportó una alta prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas de alto y bajo grado<sup>(28)</sup>.

En países de América Latina<sup>(29-30)</sup>, los datos de prevalencia de alteraciones citológicas son muy variables y se toman grupos poblacionales restringidos, tales como México con 3,4%, Ecuador 9,8 %, la gran mayoría de estas alteraciones corresponde a ASC-US, mientras que en el actual estudio la mayor prevalencia es de LIE de bajo grado y en relación con ASC-US y ASCUS H de 12%, en contraste también al estudio realizado en Bogotá por Rodríguez et al.<sup>(28)</sup>, quienes reportan ASC-US del 24,7%. Schmolling et al.<sup>(31)</sup>, en un estudio con 5.712 citologías realizado en España, encontraron un total 308 (5,4%) anormalidades epiteliales cervicales. Por su parte, en Estados Unidos de Norte América esta alteración es hallada en diferentes estudios entre 7 y 23%<sup>(32)</sup>. En Venezuela los últimos reportes del 2012 hablan de una prevalencia de las lesiones intraepiteliales cervicales de 13,2% que eran similares a las de Colombia para esa época<sup>(33)</sup>.

En Venezuela el Ministerio del Poder Popular para la Salud no ofrece cifras oficiales desde 2012, por lo que tuvieron que hacer los estudios desde 2014 hasta 2017 con el apoyo de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC).<sup>(3)</sup>

Los datos oficiales que se conocen desde 1990 hasta 2013, han hecho proyecciones basadas en actas de defunción registradas, permitiendo una estimación desde 2014 hasta 2017.

En Venezuela, solo el 15% o 20% de los diagnósticos se hacen a tiempo. Esta cifra es difícil de revertir, puesto que sin diagnósticos oportunos es más difícil tratar la enfermedad. En otros países el diagnóstico temprano se realiza en 80% de los casos

La mayor parte de las alteraciones citológicas estuvo en el grupo de lesiones de bajo grado con un 19,3%, seguido por ASC-US 8%, lesiones de alto grado 4%, ASC-H 2%, ASGUS 3,3% y cáncer invasor 3,3%; estos resultados contrastan con los de Hernández et al.<sup>(12)</sup> en un estudio realizado en Bogotá, Colombia, con 600 mujeres, los cuales hallaron un 16% de alteraciones en la citología cervicouterina, entre las cuales la mayor proporción fueron ASC-US 5,5%, lesiones de bajo grado 14% y atipia endocervical 0,5% y con los de Schmolling et al.<sup>(31)</sup> quienes entre las 308 citologías alteradas, hallaron que más de la mitad eran LBJ 160 (58%) y LAG 54 (0,94%), carcinoma escamoso 2 (0,035%), y adenocarcinoma 1 (0,01%). Mendoza et al.<sup>(16)</sup> hallaron entre sus 1.530 citologías alteradas, que lesiones ASC-US representaron la mayor proporción 24,7%, seguido de LBG 4,3%, de LAG 1,2%, ASGUS 0,26% y citologías sospechosa de cáncer de 0,1%

En cuanto a la edad, se encontró que las anormalidades citológicas están ausentes en menores de 17 años, más frecuentes a partir de los 30 años. En el presente estudio, las lesiones preneoplásicas no se relacionaron con la multiparidad, contrario a la literatura, que describe displasia y carcinoma in situ 5 veces más frecuente en múltipara que en primíparas, frecuencia que aumenta con el número de hijos hasta el punto de ser el doble



en la múltipara que en la primípara. En algunos estudios se cree que esta relación corresponde al efecto de factores hormonales asociados al embarazo o al traumatismo cervical del parto.

Las mujeres que usaban métodos hormonales como planificación familiar fueron las que con mayor frecuencia presentaron lesiones de bajo grado 19,3%, seguidas de las que no usaban ningún método con 13% ,correspondiendo con la literatura mundial se sugiere que el uso a largo plazo (5 o más años) de los anticonceptivos orales podía aumentar hasta 4 veces el riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres infectadas con VPH<sup>(30)</sup> , aunque el riesgo tiende a desaparecer en los 5 años siguientes a la interrupción del consumo. Las pacientes que utilizaban el DIU como método de planificación ocuparon un tercer lugar en porcentaje de lesiones preneoplásicas 12% a diferencia de las pacientes que usaron métodos de barrera 6%. Se puede inferir entonces, que la menor frecuencia de lesiones en usuarias de métodos de barrera, se debe a que tienen menos posibilidades de contacto con VPH, como lo describe la literatura<sup>(34)</sup> .

## CONCLUSIÓN

La prevalencia de las anormalidades citológicas fue alta en casi todos los grupos analizados, sin embargo, existe un mayor número de LSIL hacia la tercera década de la vida y en aquellas que iniciaron su vida sexual después de los 40 años. De igual manera se encontró una relación inversa entre el número de partos, planificación familiar hormonal y aparición de lesiones pre neoplásicas.

En Venezuela, solo el 15% o 20% de los diagnósticos se hacen a tiempo. Esta cifra es difícil de revertir, puesto que sin diagnósticos oportunos es más difícil tratar la enfermedad. En otros países el diagnóstico temprano se realiza en 80% de los casos. Los datos oficiales que se conocen son desde 1990 hasta 2013, luego, se han hecho proyecciones basadas en actas de defunción registradas, permitiendo los estudios de 2014 hasta 2017.

A pesar de que en Venezuela se ha alcanzado una cobertura de citología superior al 50%, tras más de 20 años de introducir los programas de despistaje, no se ha logrado disminuir significativamente la mortalidad por esta causa. Adicional a la falta de impacto, y como indicador de las deficiencias en los programas de despistaje, no existen registros certeros acerca de las lesiones de alto grado o cáncer cervical, lo cual es indispensable para organizar campañas de prevención y promoción, así como de diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno para mejorar el pronóstico de esta patología. En consecuencia, la ausencia de información conduce a una deficiente planificación de programas y servicios, por subestimar los recursos necesarios y no identificar adecuadamente la población en riesgo de cáncer de cuello uterino.

## REFERENCIAS

1. Borrego JA, Santaella M, Márquez AJ, Martínez-Cabral C, Arjona JE. Incidencia de patología cervical inflamatoria y preneoplásica en una consulta de ETS. *Prog Obstet Gineco*. 1988; 31:635-9.
2. Sánchez H, Ortiz E, Vásquez M, Avila L, Campoverde N. Prevalencia de alteraciones citológicas por Pap y factores de riesgo para cáncer de cuello uterino en mujeres de 35 a 64 años. *Oncología*. 2015; 15:153-7.
3. Sociedad Anticancerosa de Venezuela. Boletín de incidencia y mortalidad de cáncer basado en los datos del informe pronósticos de la mortalidad e incidencia de cáncer en Venezuela [Internet]. Disponible en: <https://www.cancervenezuela.org/publicaciones/pronosticos-mortalidad-incidencia-cancer-venezuela-2.016> [Consultado en 03 Diciembre de 2018]
4. Sampedro C, Ríos L, Cardona J. Prevalencia de alteraciones preneoplásicas del cáncer de cuello uterino en un municipio del norte de Antioquia-Colombia 2008-2012. *Archivos de medicina*. 2014;(10):1-10.
5. Liga Colombiana Contra el Cáncer. Campaña de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino [Internet]. 2016. Disponible en: <http://www.ligacancercolombia.org/>. [Consultado el 03 de diciembre de 2018]

6. Veso K, Whitlock E, Eder M, Burda B, Senger C, Lutz K. Risk Factors and Other Epidemiologic Considerations for Cervical Cancer Screening: A Narrative Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;155(10):698-705
7. Diestro M, Serrano F, Gómez N. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). *Oncología.* 2007; 30(2): 14-31
8. Vesco K, Whitlock E, Eder M, Burda B, Senger C, Lutz K. Risk factors and other epidemiologic considerations for cervical cancer screening: a narrative review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2016; 155:698-705.
9. Low J. Screening Tests and Cancer Precursors Genit Tract Dis. 2014; 17(5):S1-S27.
10. González G, Nuñez J. Nueva guía de consenso de la Sociedad Americana de Colposcopia y Patología Cervical sobre lesiones premalignas y malignas de cuello uterino. *Rev Obstet Ginecol Vene.* 2015; 74(2):134-137.
11. Duán L, Garrido C, Hernández L. La toma de decisiones para el control Del cáncer cervicouterino en México. *Rev CONAMED.* 2017; 15(4):174-180.
12. Hernández-Tiria MC, Castillo-Zamora MF. Prevalencia Del resultado de citología de células escamosas atípicas que no excluye lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H), en dos instituciones de Bogotá (Colombia), 2008-2015. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015; 66:32-36.
13. Pinho-Franca J, Da Cosa MB, Santos-Thuler LC. Patterns of cervical cytological abnormalities according to the human development index in the northeast region of Brazil. *BMC Womens Health.* 2016; 16:54
14. Massad L, Einstein M, Huh W, Katki H, Kinney W, Schiffman M, et al. 2012 Updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening tests and cancer precursors. *Obstet Gynecol.* 2013;121(4):829-46.
15. Salas I, Tejera G, Ricaño I, Del Prado R. Aspectos epidemiológicos en citologías con resultados anormales en el hospital boliviano El Torno. *Medisan.* 2015; 17(3):477-483.
16. Mendoza L, Pedroza M, Micolta P, Ramírez A, Cáceres C, Viviam D, et al. Prevalencia de lesiones de bajo y alto grado de cuello uterino en una ciudad colombiana. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016; 77(2):129-136.
17. Bisherwal K, Pandhi D, Singal A, Guleria K, Mishra K. Evaluation of cervical and anal intraepithelial neoplasia in women attending a sexually transmitted infection clinic. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016; 82(5):498-504.
18. García A, Fajardo MT, Caballero MC, Camargo F. Resultados de la citología cervicovaginal en población universitaria. Un estudio descriptivo. *Enfermería global.* 2016;(42):1-12.
19. Pérez-Ponce P, López-Ledezma L, Méndez-González MG, Vázquez-Martínez VH. Cáncer cérvicouterino, reporte de tres años en una unidad médica de atención ambulatoria. *Aten Fam.* 2016; 23(1):4-7.
20. Hernández-Tiria MC, Castillo-Zamora MF. Prevalencia Del resultado de citología de células escamosas atípicas que no excluye lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H), en dos instituciones de Bogotá (Colombia), 2006-2013. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015; 66:32-36.
21. Moya J, Pio L. Prevalencia de anormalidades cérvicouterinas asociadas al nivel de pobreza en el hospital nacional docente madre niño San Bartolomé 2011-2013. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener.* 2014; 3.
22. Cendales R, Piñeros M, Wiesner C, Murillo R, Tovar S. Cobertura de la citología de cuello uterino y factores relacionados en Colombia. *Rev Colomb Cancerol.* 2008; 12:119-25.
23. Kalliala I, Dyba T, Nieminen P. Mortality in a long-term follow-up after treatment of CIN. *Int J Cáncer.* 2010; 126:224-31.
24. González M, Murillo R, Osorio E, Gamboa O, Ardila J y Grupo de investigación de tamización en cáncer de cuello uterino: Prevalencia de anormalidades citológicas e histológicas de cuello uterino en un grupo de mujeres en Bogotá, Colombia. *Rev Colomb Cancerol* 2010;14:22-8.
25. Olazábal JC, Montero J, Pastor F, Alario MJ, García R, García JF. Diez años de citologías de cérvix uterino en un centro de salud. *Aten Primaria.* 1997;20:293-8

26. Valero F, Nebot MJ, Fenollosa B, Covira A, Rius J. Correlación entre el diagnóstico colposcópico y cito-histológico en 285 casos de CIN. Prog Obstet Ginecol. 1989; 32:40.
27. Gimeno A, Jiménez R, Camps-del-Bosque JR. Cáncer de cuello uterino en Extremadura. Rev San Hig Pub. 2013; 67:217-25.
28. Rodríguez G, Rivero I, Milan J, Cappuccio P, Lowinger M, Mirazo I. Prevalencia de lesiones pre-neoplásicas y condiloma de cuello uterino en una muestra de pacientes VIH positivas de Uruguay. Rev Med Uruguay 2016; 12:135-8.
29. Universidad Centroccidental "Lisandro Alvarado" Frecuencia de alteraciones citológicas de cuello útero y los factores de riesgo asociados en las pacientes que acuden al Ambulatorio Urbano tipo II "Dr. Agustín Zubillaga", Barquisimeto, Estado Lara, Enero-Mayo 2005. Disponible en: [http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be\\_alex.exe.BM-UCLA](http://bibmed.ucla.edu.ve/cgiwin/be_alex.exe.BM-UCLA). Acceso el 16 de junio de 2014.
30. Kasamatsu E, Páez MÍ. Cáncer de cuello uterino y virus del papiloma humano en Paraguay. Perspectivas para la prevención primaria. Mem Inst Investig Cienc Salud. [Internet] 2006; 4:58-63. [Consultado 16 de diciembre de 2018] Disponible en: <http://www.iics.una.py/n/pdf/revista/34.pdf>.
31. Schmolling Y, Barquín JJ, Zapata A, Merino R, Rodríguez B, León E. Anomalías citológicas de cérvix y lesiones precancerosas subsecuentes en un área sanitaria. Aten Primaria. 2014; 29:223-9.
32. Trimble C, Richards L, Wilgus-Wegweiser B, Plowden K, Rosenthal D, Klassen A. Effectiveness of screening for cervical cancer in an inpatient hospital setting. Obstet Gynecol. 2014; 103:310-6.
33. Bravo M, Erazo J, Álvarez A, Casas M, Ortiz O, Álvarez J. Prevalencia de anormalidades en la citología cervical en tres grupos poblacionales de mujeres de Popayán, Colombia 2003-2005. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2015; 59:190-8.
34. Castellsagué X, Díaz M, Vaccarella S, de-Sanjosed S, Muñoz N, Herrero R. Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies. Lancet Oncol. 2016; 12:1023-31.

© Universidad Central de Venezuela, 2019

CC BY

## INFORMACIÓN ADICIONAL

*Conflictos de interés:* Los autores declaran no tener potenciales conflictos de intereses

*Cómo citar:* De Sousa K, Colmenares E. Prevalencia de lesiones intraepiteliales cervicales de bajo y alto grado en pacientes en edad fértil. Maracaibo. Estado Zulia. Rev Digit Postgrado. 2019; 8(3):e179