



Enfermedad multicéntrica del tracto genital inferior, reto al colposcopista

Multicentric disease of the lower genital tract, challenge to the colposcopist

Lidia Esther Lorié-Sierra¹  , Raquel Duran-Bornot² 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo, Cuba.

²Instituto Nacional de Oncología y Radioterapia. La Habana, Cuba.

Aceptado: 15 de marzo de 2023

Recibido: 26 de marzo de 2023

Estimados lectores:

El tracto genital inferior (TGI) en la mujer está constituido por las estructuras anatómicas que incluyen la región anoperineal, vulva, vagina y cérvix; constituye zona de asiento de lesiones premalignas y cáncer genital, por lo que ocupa especial interés en la atención ginecológica. El hecho de que se afecten dos o más de estas estructuras se conoce en la literatura médica como enfermedad multicéntrica, asumido el término por primera vez en 1960.⁽¹⁾

La presencia de lesiones en vagina y vulva marcan el interés de este editorial ante la necesidad de concientizar a mujeres y hombres, como sus parejas sexuales, acerca de la protección durante las relaciones sexuales, debido al riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH). Este constituye el factor de riesgo principal para el desarrollo de las lesiones premalignas que precisan de la existencia de cofactores asociados como: conducta sexual irresponsable -el número de socios o parejas sexuales-, las infecciones por trichomonas, Chlamydia trachomatis, el consumo del tabaquismo y los estados de inmunosupresión para el origen y desarrollo de la enfermedad multicéntrica del tracto genital inferior.

Baquedano y col.,⁽²⁾ hace referencia en su estudio a la presencia del VPH serotipo 16 en el 94 % de lesiones de neoplasia intraepitelial vaginal (NIVA), asociado a historia previas de lesión premalignas de cérvix, en pacientes con histerectomías previas y otras en etapa de climaterio y menopausia (Fig. 1).

En tal sentido se precisa destacar , que lesión intraepitelial escamosa de alto grado (LIEA) está relacionada directamente con el VPH de ahí que sea considerado una condición preexistente por ello el riesgo de desarrollar cáncer del tracto genital inferior es mucho mayor; hecho que diferente ocurre en las lesiones de bajo de bajo grado, que puede evolucionar directamente , desaparecer en dependencia del equilibrio existente entre persistencia y el aclaramiento viral, proceso que suele ocurrir aproximadamente en dos años.⁽³⁾



Fig. 1 A) Lesión de pared posterior cuello. B) Lesión a la inspección con Lugol y vagina al IVA

Situación similar se presenta en la vulva y periné, su incidencia muestra un aumento, con potencial incremento en los próximos años, a expensas de mujeres jóvenes debido a la infección por el VPH, aspecto que se hace notable en la práctica clínica cotidiana.

La sintomatología que acompaña estas lesiones vulvoperineal se destaca por la presencia de prurito, seguido de lesiones maculares o papilares, blancas, rojas o pigmentadas, la aparición de lesiones que en muchas ocasiones pasan inadvertidas y se detectan en la exploración física, pueden ser localizadas o múltiples (Fig. 2).



Fig. 2 A) Lesión intraepitelial de vulva. B) Lesión intraepitelial de periné

Estudios realizados por Guijarro Guedes y colb, mostraron en serie estudiada (N=203) que la neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) se presenta como lesión de bajo grado en 49 %, de alto grado 44 % y como cáncer en el 7%.⁽⁴⁾

En este sentido se precisa señalar que la condilomatosis vulvar constituye un factor de riesgo para el desarrollo posterior de lesiones premalignas pues es la vía para la posible infección de virus de alto riesgo oncogénico, lo cual representa un problema de salud presente en la mujer; la infección por VPH afecta entre un 96 % a 100 % al cérvix y a la vulva además con neoplasia intraepitelial anal; no así en la atención masculina, pues la infección por VPH de alto riesgo puede permanecer subclínica o ser imperceptible durante la exploración urológica sistemática en el hombre al menos desde un contexto preventivo.

De ahí que, el programa de prevención en la consulta de patologías del TGI y colposcopia se realice la exhaustiva exploración con ácido acético al 5 % en todas las lesiones sospechosas durante la exploración vulvoperineal y de la vagina. Aunque en algunas ocasiones su identificación puede ser dificultosa, el mayor número de las lesiones subclínicas logran ser identificada.

En este caso, la atención debe ser personalizada en el que se identifique factores de riesgo y los posibles cofactores, además se precisen los detalles de la lesión (localización, extensión, bordes de la lesión la presencia de relieve). En todos los casos debe solicitarse el consentimiento informado a la paciente.

Sin embargo, es la estrategia de tratamiento y seguimiento la que constituye un reto en la atención, pues si bien existe consenso en determinados aspectos como en el tratamiento de primera línea para lesiones únicas y/o pequeñas (escisión quirúrgica) y el láser como técnica de elección para las mujeres jóvenes con lesiones multifocales. Estas lesiones pueden ser abordada con otras técnicas terapéutica destructivas y la aplicación local de productos farmacéuticos de naturaleza estimuladora de la inmunidad, no obstante, resulta complejo abordar el problema frente a lesiones extensas que además que confluyen en tres sitios (ejemplo: vulva, vagina y cérvix), lo cual puede estar presente en 30% de las lesiones multicéntrica.⁽⁴⁾

Resulta un desafío colposcópico diagnosticar y establecer el tratamiento y seguimiento de las mujeres afectadas por la infección por VPH, al considerar el criterio epidemiológico, dado por el hecho del factor inmunológico, necesariamente presente para el desarrollo de las lesiones intraepiteliales. Sin embargo, no está contemplada en el arsenal terapéutico una estrategia de tratamiento sistémico para abordar este creciente problema de salud desde la atención integral a la mujer.

Lo expresado debe concientizar, en particular los médicos de la atención primaria de salud, acerca del interés manifiesto en alertar y realizar el diagnóstico precoz de lesiones multicéntricas del TGI, ya sea en la evaluación a nivel del consultorio médico o las consultas municipales de patología de cuello.

Conflicto de Intereses

No existe conflicto de intereses en los investigadores

Contribución de Autoría

LELS: Conceptualización, redacción de borrador original, metodología, visualización, toma de imágenes, edición.

RDB: Investigación, metodología, visualización, redacción – revisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Rueda A; Zúñiga JE. Cáncer multicéntrico del tracto genital bajo. *Reva Col. Obst. Ginecol.* [Internet]. 1970 [citado 15/02/2023]; 21(4): 349. Disponible en: <https://doi.org/10.18597/rcog.1203>
2. Baquedano L, Lamarca M, José Y, Rubio P, Ruiz MA. Neoplasia vaginal intraepitelial. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2013 [citado 15/02/2023]; 78(2):134-138. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000200011>.
3. Tatti S, F Leider L, Tinnirello MA, et al. Enfoque Integral de las Patologías relacionadas con el Virus del Papiloma Humano en la era de la vacunación y del tamizaje virológico. *Editorial Médica Panamericana* [Internet]; 2017 [citado 24/3/2023]. Disponible en: <https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/enfoque-integral-de-las-patologias-relacionadas-con-el-virus-del-papiloma-humano>
4. Guijarro Guedes JA, Escamilla Galindo EP, Medina Ramos NF, Santana Mateos Y, Martín M. Revisión de la patología multicéntrica del tracto genital inferior. *AEPCC XXXIV Congreso*[Internet]; 2021 [citado 15/02/2023]. Disponible en: <https://www.aepcc.org/congreso2021/formulario-comunicaciones/posters/e7103a19b5da5221dae30d9d4234fa82.pdf>