



VPH NO-16/18, MENOS INOFENSIVO DE LO QUE PARECEN

Gurrea Almela E, Gracia Laborda MR, Merlos Martínez MI, Rocher Cruces S, Muñoz Contreras M, Sánchez Gómez R, Abril Alcobas C, Machado Linde F
Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN:

Ha quedado ampliamente demostrado que la infección cervical por el virus del papiloma humano (VPH) es condición necesaria para el desarrollo de Carcinoma epidermoide y Adenocarcinoma de cérvix.

En la actualidad, los genotipos que presentan mayor prevalencia a nivel mundial, variando ligeramente según la geografía, son 16, 31, 52, 58 y 18. En cuanto al riesgo de desarrollo de lesiones premalignas y malignas de cuello uterino, VPH-16 y VPH-18 son los principales agentes causales, siendo estos dos responsable de entre el 60-80% de los cánceres de cérvix mencionados, seguidos por los genotipos VPH-45, VPH-31 y VPH-33.

En la mayoría de algoritmos para la prevención del cáncer de cérvix, se diferencia entre las pacientes que presentan infecciones por VPH-16/18 y aquellas que presentan infecciones por otros genotipos, recomendándose un seguimiento más intenso en el primer caso. A este respecto, surge la incertidumbre de si es suficiente con clasificar el riesgo en estos dos grandes grupos o deberían subdividirse los genotipos no-16/18 según su asociación con lesiones premalignas y malignas.

OBJETIVOS

En este estudio se ha querido determinar la relevancia de los genotipos de alto riesgo no VPH-16 o VPH-18 analizando su incidencia en la población perteneciente al Área VII de salud de la Región de Murcia y su presencia en aquellas pacientes con lesiones premalignas y malignas, estratificándolo según los genotipos.

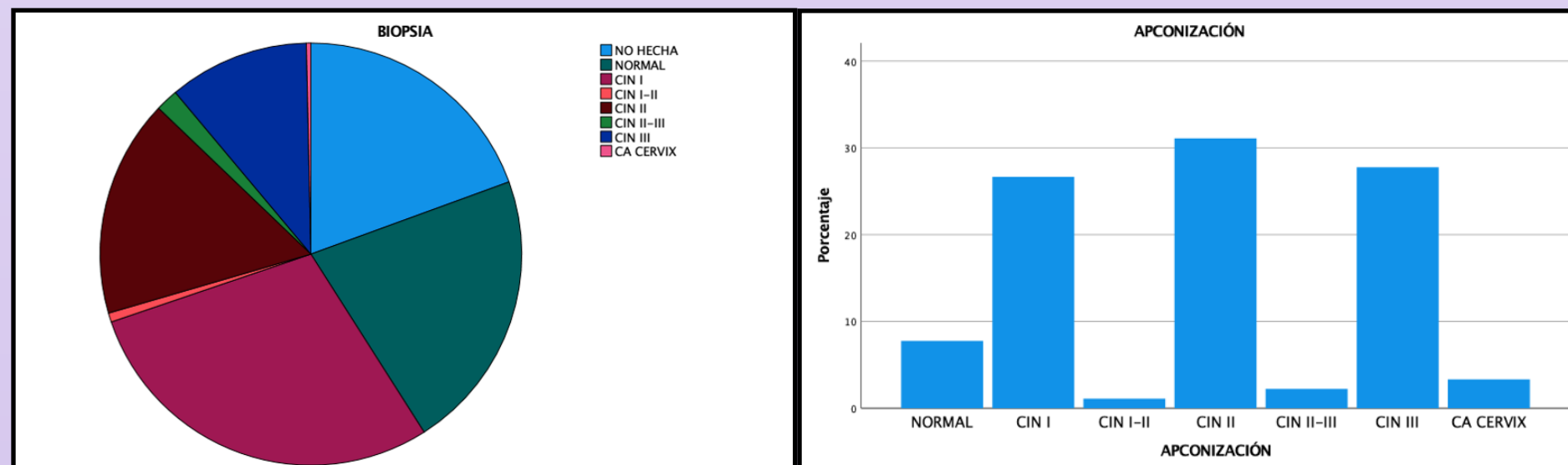
Para la realización de este estudio, se obtuvo a través del servicio de Virología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia una relación de las muestras para detección de VPH positivas para virus no VPH-16 ni VPH-18 desde 2010 hasta la actualidad. Se analizaron un total de 1034 muestras de cribado de VPH recogidas durante diez años, entre 2011 y 2020, en pacientes pertenecientes al Área VII de Salud de la Región de Murcia.

RESULTADOS

Tras aplicar los criterios de selección y exclusión, se obtuvo un total de 305 mujeres de entre 16 y 70 años, siendo el grupo predominante el de entre 25 y 35 años (*MODA 26 años*).

A 288 mujeres de la muestra, se les realizó una colposcopia y se tomó biopsia de cérvix al 80,6% de ellas. Esta biopsia en el 30% presentó displasias de alto grado e incluso en 1 paciente se diagnosticó un carcinoma epidermoide de cérvix. En estas 92 mujeres diagnosticadas de lesiones CIN II o superior, se indicó la realización de conización.

Entre las pacientes que requirieron técnicas de resección cervical, la lesión más frecuentemente detectada fue la displasia moderada, CIN II, apareciendo en un 34,4% de las pacientes. En un 34,5% de las mujeres los resultados indicaron lesiones de menor grado (26,7% resultaron CIN I, 7,8% resultaron normales) que las inicialmente detectadas en la biopsia inicial. Por último, un 27,8 de las pacientes presentaron displasias de alto grado y se diagnosticaron tres carcinomas epidermoides de cérvix.



Resultados biopsia cervical

Resultados AP conización

En cuanto a la determinación de que genotipos no-16/18 eran más agresivos y, por tanto, se relacionaba con un nivel de displasia mayor en los resultados del análisis de las piezas de las conizaciones:

- Cuatro genotipos se detectaron en la misma proporción en las pacientes diagnosticadas de Cáncer de cérvix. Estos fueron 31, 33, 45 y 52, ya que 1 de las pacientes presentó una coinfección por 2 genotipos.
- En las displasias de alto grado, los genotipos más frecuentemente detectados fueron VPH-33 (20,5%) y VPH-58 (15,4%)
- Los genotipos 55 y 58 también se detectaron con mayor frecuencia en las displasias moderadas.

CONCLUSIONES

Dado que el VPH es una causa necesaria para el desarrollo de cáncer de cérvix, parece razonable, el uso de técnicas para su detección en el cribado poblacional, junto con la citología cervicovaginal.

A pesar de que la amplia mayoría de cáncer de cérvix está producido por VPH-16 y VPH-18, 2 de cada 10 mujeres presentara neoplasias a causa de infecciones por otros genotipos. De estos virus de alto riesgo no-16/18, no todos presentan la misma incidencia en las lesiones malignas y premalignas. Es por ello por lo que en algunos estudios se ha sugerido la estratificación de los genotipos dentro de este grupo. La clasificación propuesta sería un grupo de genotipos de mayor riesgo que incluiría VPH-31/33/35/45/52/58 y otro con genotipos menos agresivos con VPH-39/51/56/59/66/68.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robadi I, Pharaon M, Ducatman B. The Importance of High-Risk Human Papillomavirus Types Other Than 16 and 18 in Cervical Neoplasia. Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 2018;142(6):693-695.
2. Sung Y, Ki E, Lee Y, Hur S, Lee A, Park J. Can human papillomavirus (HPV) genotyping classify non-16/18 high-risk HPV infection by risk stratification?. Journal of Gynecologic Oncology. 2016;27(6).
3. Vargas S, Valente M, Almeida M, Neves J, Calhaz-Jorge C. Isolated Non-16/18 High-Risk Human Papillomavirus Cervical Infection: Re-Evaluation After One Year. Acta Médica Portuguesa. 2019;32(9):588.