

La infección por el papilomavirus cervicovaginal es muy prevalente y generalmente autolimitada

Natural History of Cervicovaginal Papillomavirus Infection in Young Women.

Ho GYF, Bierman R, Beardsley L et al. N Eng J Med 1998; 338: 423-8

Objetivo

Evaluar la historia natural de la infección cervicovaginal por HPV (papilomavirus humano). Conocer si esta historia natural es diferente entre los tipos de HPV relacionados con el cáncer cervical y los otros tipos de HPV.

Diseño

Estudio prospectivo de cohortes.

Lugar

New Jersey, E.E.U.U.

Pacientes

Participaron 608 estudiantes universitarias.

Evaluación de factores pronósticos

En cada visita semestral (seguimiento máximo de tres años) se relevaban datos sobre el estilo de vida y el comportamiento sexual de las participantes y se les realizaba un lavado vaginal. En la primera consulta y luego en forma anual, se realizaba una toma para citología cervical y un tacto vaginal.

Medición del resultado principal.

El material cervicovaginal se utilizó para la determinación y tipificación de HPV, por medio de la reacción en cadena de la polimerasa y la hibridación por Southern blot.

Se estimaron las probabilidades acumuladas de adquirir o revertir la infección por HPV y de tener una alteración citológica cervical. Se identificaron los factores de riesgo independiente* para padecer una infección (si no la tenía al inicio) o para desarrollar una infección persistente (= de 6 meses). La incidencia* de un serotipo específico se analizó en aquellas mujeres que en la primera consulta eran HPV negativas o estaban infectadas con un serotipo diferente. Se evaluó la incidencia* de lesiones escamosas intraepiteliales (LIE) en las portadoras de HPV.

Fuente de financiamiento:

Resultados

El seguimiento promedio fue de 2.2 años. La mediana* del total de consultas por participante fue 5. El promedio de edad de las mujeres fue de 20 años. La prevalencia* basal de HPV fue de 26%.

La incidencia* acumulada de HPV a los 3 años fue del 43% en las inicialmente libres de HPV. (IC95% 39%-49%). Esta incidencia disminuía con el transcurso del tiempo (20% en el primer año, 14% en el segundo y 9% en el tercero).

Los factores de riesgo para desarrollar una infección fueron: edad más joven, consumo de alcohol, más de un compañero sexual en el último año, práctica de sexo anal, frecuencia semanal de relaciones =2-6/semana. Otros fueron el número de compañeras sexuales de su compañero. Los factores de riesgo para desarrollar una infección persistente fueron: edad mayor, infección con múltiples tipos o un tipo viral de alto riesgo. El cigarrillo fue protector para infección persistente. Se encontraron 31 casos LIEs (dos de alto grado). Las mujeres expuestas al HPV desde el comienzo del estudio tuvieron una prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas tres veces superior a las HPV negativas (IC95% 2-7 veces). El riesgo de estas lesiones aumentaba con la duración de la infección y con los tipos virales de alto riesgo.

La mediana* de duración de la infección por HPV fue de 8 meses (IC95% 7-10). Un año después de la infección, esta se había resuelto en el 70% de las mujeres; y luego de dos años sólo el 9% persistía infectada.

Conclusiones

La incidencia* promedio anual de HPV fue del 14% en mujeres universitarias sexualmente activas. El 60% de ellas tuvo una infección por HPV en algún momento del estudio, y la gran mayoría de estas fue autolimitada. Debido a esto los autores señalan que en las adolescentes y en las mujeres jóvenes, la manifestación del HPV, en particular la LIE de bajo grado, requiere una conducta conservadora.

COMENTARIO

La Infección genital por HPV es una infección común entre los adultos sexualmente activos. El 1% presentan verrugas visibles, y cuando se busca la presencia del virus por pruebas de DNA se constata infección subclínica en un 15%. Existen algunos tipos de HPV a los que se los ha vinculado con el cáncer cervical (16, 18 y posiblemente 31 y 35)(1). Recordemos que hasta el momento la única práctica preventiva que demostró disminuir la mortalidad por cáncer de cuello es el examen citológico con la técnica de Papanicolau, y que la colposcopia sólo se recomienda en mujeres con Papanicolau anormal. Dada la elevada proporción de curaciones espontáneas, los médicos debiéramos preocuparnos por ser un poco más conservadores frente a este tipo de infección y evitar así el furor curandis que predica la eliminación de toda lesión compatible con HPV. La subjetividad de los métodos morfológicos tiene como inconveniente el incremento en la utilización de servicios, el sobrediagnóstico y el sobretratamiento de estas lesiones generalmente benignas y autolimitadas (2). Esto también provoca co-

mo consecuencia costos excesivos. Para la práctica clínica el mensaje es que frente a una LIE de bajo grado la conducta puede ser expectante y repetir el Pap en un año, sobre todo en las más jóvenes. Si la LIE es de mediano o alto grado, o si se informa anomalía escamosa de significado incierto, la indicación sería colposcopia. A pesar de que algunos tipos virales se asocian más al cáncer cervical, los tests para su detección no se encuentran ampliamente disponibles, y resta esperar que efecto producirán en el cuidado de nuestras pacientes (3).

*Ver glosario

Dr. Omar Althabe

Director, Centro para la Docencia y la Investigación en Medicina (CEDIM)

Referencias

- 1-Cox JT. Clinical role of HPV testing. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1996; 23(4): 811-851
- 2-Vargas, Hernandez VM. Human Papilloma virus. Epidemiologic, carcinogenic, diagnostic and therapeutic aspects. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64: 411-417
- 3-Kenneth F, Troffater JR. Diagnosis of human papillomavirus genital tract infection. *Am J Med* 1997; 102(5A): 21-27

Probabilidad de parto vaginal luego de una cesárea (Regla de predicción clínica)

Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system.

Bruce L. Flamm, MD, and Ann M. Geiger PhD. Obstetrics & Gynecology 1997;90:907-10.

Objetivo

Predecir la probabilidad de éxito de un parto vaginal en pacientes con cesárea previa.

Diseño

Diseño y validación de una regla de predicción clínica.

Lugar

Diez hospitales de California (EE.UU.), pertenecientes a un mismo sistema prepago de salud.

Pacientes

Se estudiaron 5003 embarazadas con antecedente de cesárea previa e internadas por trabajo de parto. Se dividieron en dos grupos al azar: a) grupo de derivación (n=2502) para desarrollar la regla de predicción. b) grupo de validación (n=2501) para evaluar su aplicabilidad en otra muestra.

Evaluación de los factores pronósticos

Se eligieron variables disponibles en el momento del ingreso de las pacientes al hospital:

- Datos de la historia clínica, carnet prenatal e interrogatorio: edad, historia obstétrica y causa de la primera cesárea, peso ganado durante el embarazo, confirmación de diabetes gestacional o resultado positivo del rastreo con prueba de sobrecarga con 50 g de glucosa.
- Datos al ingreso: Estado de las membranas en el momento de la internación, grado de dilatación y borramiento cervical.

Medición de los resultados principales

Identificación de las variables predictoras independientes de parto vaginal utilizando un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados Principales

En el análisis multivariable se detectaron cinco predictores independientes de parto vaginal asignándose a cada uno un valor según su peso para predecir el evento y así estimar un puntaje de riesgo para cada paciente. Los resultados fueron similares en el grupo de derivación y en el de validación. En este último los resultados fueron:

Fuente de financiamiento: no referida

Variables	Odds Ratio (IC95%)	Puntos	% de pacientes con variable positiva
Edad < 40 años	2,58 (1,5-4,3)	2	97,7
Historia de parto vaginal			
Antes y después de la cesárea	9,11 (2,1-38)	4	3,4
Después de la cesárea	3,39 (2,2-5,1)	2	15,8
Antes de la cesárea	1,53 (1,1-2,1)	1	14,1
Ningún parto	1	0	66,7
La cesárea previa no fue por falta de progresión al trabajo de parto	1,93 (1,5-2,3)	1	59,8
Borramiento cervical			
> 75%	2,72 (2-3,7)	2	66,5
25-75%	1,79 (1,3-2,4)	1	26,8
< 25%	1	0	6,7
Dilatación cervical			
4 cm o más	2,16(1,6-2,8)	1	38,4

El éxito del parto vaginal luego de una cesárea fue:

Puntuación	% de pacientes con dicha puntuación	% de partos exitosos
0-2	4.7	49.1
3	13.6	59.9
4	24.7	66.7
5	27.4	77.0
6	14.9	88.6
7	7.8	92.6
8-10	6.5	94.9

Conclusiones

El aumento del puntaje clínico se correlaciona con el aumento de la probabilidad de parto vaginal.

COMENTARIO

Actualmente la aseveración de que "antecedente de cesárea es siempre indicación de cesárea" carece de sustento (1). La publicación de diferentes estudios ha demostrado claramente que un parto vaginal luego de una cesárea es una opción segura.

En este estudio se construye una regla de predicción clínica a partir de variables que se pueden obtener fácilmente al ingreso hospitalario de las pacientes, por lo cual este sistema de puntaje puede ser útil en centros de atención primaria de la salud.

Esta regla de predicción clínica parte de una chance de 50% de parto vaginal en el peor escenario (puntaje 0-2) y los puntajes crecientes aumentan esta probabilidad.

En centros de alta complejidad podría darse la oportunidad de partos vaginales a la mayoría de las mujeres con cesárea previa, pues se cuenta con los medios para realizar una cesárea de urgencia de ser necesaria. En lugares de baja complejidad podría definirse previamente un

umbral máximo de tolerancia de probabilidad de cesárea en base a los recursos locales y si, por ejemplo, esta superara un 12%, las pacientes con un puntaje >5 deberían derivarse a centros de mayor complejidad. Se debe destacar que la variable predictora con mayor peso (antecedente de parto vaginal antes y después de la cesárea previa) sólo fue aplicable al 3% de las pacientes; excluyendo a un 97 % de las pacientes de poder obtener puntajes máximos. Cuando se busca la máxima utilidad de un sistema de puntaje, este tendría que poder aplicarse a la mayor cantidad posible de pacientes. Tendría más validez un nuevo puntaje sin ésta variable pues aumentaría la precisión de los otros componentes de la regla y lo haría aplicable a la mayoría de las pacientes.

Como conclusión, el trabajo responde claramente al objetivo planteado y permite al médico de Atención Primaria evaluar inicialmente a las pacientes, clasificarlas según riesgo de cesárea y determinar su eventual derivación a centros de mayor complejidad.

Dr. Bernardo Gutman

Medicina General. Hospital Angela I. Llano de Corrientes.

Referencias

1-Clinical practice guidelines policy statement. Vaginal birth after previous caesarean birth