

Correlación entre genotipo de virus de papiloma humano en citología cervical y anal. Estudio descriptivo retrospectivo.

M. Baucells¹, J. M. Sole-Sedeno¹, E. Cabello¹, N. Kanjou, G Tagmouti², G. Mancebo¹

¹Servicio de Ginecología y Obstetricia, ²Servicio de Anatomía Patológica; Hospital del Mar, Barcelona



Objetivos

Estudiar la asociación entre la detección de genotipos de VPH de alto riesgo oncogénico (VPH-AR) en toma cervical y de canal anal, en aquellas pacientes con patología cervical o vulvar producida por VPH. Como objetivos secundarios se estudió de forma descriptiva los motivos de la indicación y los resultados de la citología cervical y anal

Métodos

Se trata de un análisis retrospectivo en 103 pacientes controladas en el Hospital del Mar (Barcelona) por patología cervical y/o vulvar debido al VPH, entre los años 2015 y 2019. Se comparó el resultado de la detección del VPH en la toma cervical con la toma anal. Entre ambas tomas se estableció un límite máximo de 3 años, realizando sub-análisis según el tiempo transcurrido entre las muestras. La detección del VPH se realizó mediante genotipado parcial en la muestra cervical (COBAS4800), y en la muestra anal mediante HPV28 ANYPLEZII (Seegene Technologies).

Los criterios para la toma de la muestra anal fueron: mujeres de 40 años o más (o 30 años en caso de inmunosupresión) con lesión HSIL/CIN2+, condilomas perianales, VIN común o carcinoma vulvar.

Se realizó el análisis estadístico mediante la prueba de Chi² o F de Fisher, agrupando los resultados por positividad a VPH16, VPH18 u otros virus de alto riesgo (VPH-ARO).

Resultados

La media de edad de las pacientes estudiadas fue de 51.88 años [rango entre 35-81 años]. Un 31.1% presentaba inmunosupresión, siendo la infección por VIH la causa más común (n=23). La indicación de citología anal más frecuente fue la lesión cervical HSIL/CIN1+ (66%), seguido por condilomas perianales (14.6%), VIN común (11.7%) y carcinoma vulvar (1.94%); el 5.76% restante indicaciones mixtas. La positividad de tomas cervicales para VPH-AR fue del 79.6%, mientras que en canal anal fue del 55.9%, siendo más frecuente en ambos grupos el pool VPH-ARO (59.4% en cervical vs 51% en canal anal), seguido por VPH16 (28.7% vs 19.6%) y VPH18 (5% vs 3.9%).

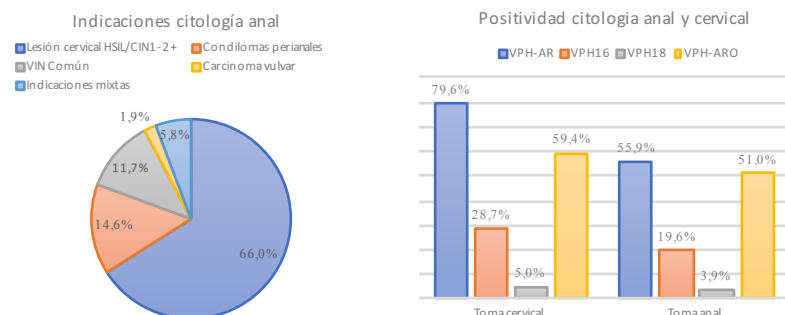


Figura 1 y 2: Caracterización indicaciones citología anal y resultados citología cervical y anal.

Tabla 1: estudio inferencial positividad VPH 16

		ANAL	
		VPH16-	VPH16+
CÉRVIX	VPH16 -	60	11
	VPH16+	20	9

p=0,091

Tabla 2: estudio inferencial positividad VPH 18

		ANAL	
		VPH18-	VPH18+
CÉRVIX	VPH18 -	93	2
	VPH18+	3	2

p=0,012

El estudio de la relación entre los genotipos hallados en las dos tomas de la misma paciente no arrojó ningún resultado estadísticamente significativo (p=0.091 para VPH16 y p=0.200 para VPH-ARO), excepto para VPH18 (p=0.012). Se realizó un subanálisis sólo con aquellas pacientes con un período inferior a 1 año (n=74) o a 6 meses (n=44) entre ambas muestras, sin encontrar ningún resultado estadísticamente significativo adicional.

Tabla 3: estudio inferencial positividad VPH-ARO

		ANAL	
		VPH-ARO-	VPH-ARO+
CÉRVIX	VPH-ARO -	24	17
	VPH-ARO+	25	34

p=0,200

Conclusiones

No se ha encontrado ninguna relación estadísticamente significativa entre el genotipo presente en cérvix o canal anal, excepto para VPH18 aunque sin significancia clínica a causa de un tamaño muestral reducido, y sin que el tiempo entre ambas muestras tenga relación en dicho resultado.