



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217

118

2ef

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
No. 3 CENTRO MEDICO "LA RAZA"

IMAGENES COLPOSCOPICAS EN PACIENTES
INFECTADAS CON EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA, EN EL CENTRO
MEDICO NACIONAL LA RAZA DEL INSTITUTO
MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

265209

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
DRA. RUTH MARY OLAVE MANCHOLA



IMSS

ASESORES: DRA. ELIZABETH PERE
DR. SAMUEL ALEJANDRO LIEVANO TORRES.



MEXICO, D. F.



CENTRO MEDICO LA RAZA
Hosp. de Ginec. Obstetricia
Cofe de Enseñanza e Investigación



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA No. 3
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**IMÁGENES COLPOSCÓPICAS EN PACIENTES
INFECTADAS CON EL VIRUS DE LA
INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

AUTOR: RUTH MARY OLAVE MANCHOLA

ASESOR: DRA. ELIZABETH PÉREZ OCHOA
Médico Gineco - Obstetra.

COLABORADORES: DR. SAMUEL A. LIÉVANO TORRES
Médico Gineco - Obstetra.

DRA. MARTHA ROBLES ROMO
Médico Infectólogo.

DRA. BEATRIZ SERENO GOMEZ
Médico Patólogo.

DR. ROBERTO MARIO NAVA BACCA
Médico Gineco - Obstetra.

DRA. MARÍA DEL CARMEN VILLARREAL URENDA
Médico Infectólogo.

A MI ESPOSO

IKSOLDER

A MI HIJA

MELISSA FERNANDA

A MIS PADRES

JORGE, LEONOR
JOSÉ, LUZ ANGELA

A MIS HERMANOS

VICENTE
JOSÉ DANILO
RODRIGO
WLAS
IVAN
PATRICIA

A MIS COMPAÑEROS COLOMBIANOS

EDGARDO
ANJONJO
YOLANDA

A MIS COMPAÑEROS MEXICANOS

A MIS PROFESORES

INDICE

1.	OBJETIVO _____	1
2.	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS _____	2
3.	JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA _____	6
4.	DEFINICIÓN DE VARIABLES _____	7
5.	POBLACIÓN DE ESTUDIO _____	11
6.	MATERIAL _____	12
7.	MÉTODO _____	13
8.	RESULTADOS _____	15
9.	COLPOFOTOGRAFÍA _____	36
10.	CONCLUSIONES _____	41
11.	CONSIDERACIONES ETICAS _____	43
12.	BIBLIOGRAFÍA _____	44
13.	ANEXOS _____	49

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Determinar las imágenes colposcópicas característica en las pacientes infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana HIV, en el Centro Médico Nacional La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

El sistema inmune juega un papel primordial en la destrucción de células neoplásicas.

La vigilancia inmunológica fue principalmente descrita por Burnet en 1967 (1), afirmando que el sistema inmune distingue lo propio y de lo no propio los tumores son transformación de células que se comportan antigénicamente como no propias.

El sistema inmune difunde la reacción entre células del huésped y células tumorales, siendo el primer mecanismo natural de defensa contra la neoplasia; esto ocurre tanto en la inmunodeficiencia congénita como iatrogénica (3,4,5,6).

Antes de que se iniciaran los estudios epidemiológicos del virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), estudios de pacientes con trasplante renal y otros pacientes inmunodeprimidos mostraron alta proporción de neoplasias (7).

Las neoplasias que usualmente tienen alta incidencia en pacientes infectados con HIV, incluyen, sarcoma de Kaposi, linfomas no Hodgkin y también carcinomas de células escamosas de pulmón, epiglotis, piel, región anorectal y cérvix uterino (3,4,5,6,8).

Desde 1987 (9,10), se reporta una alta prevalencia de anomalías citológicas, cervicales, en mujeres infectadas con el virus de la Inmunodeficiencia Humana. Además las displasias y carcinomas en estas mujeres son de alto grado y más agresivas (11).

Desde 1990, hay informes de alta recurrencia y persistencia en lesiones preinvasivas después de tratamientos convencionales, de 56% a 78% comparado con 1% de la población general (12), progresión muy rápida de cáncer cervical, pobre respuesta al tratamiento y sobrevida corta (9,11,13,14,15,16).

Jhonson en 1992, reporta que 10% de los más recientes diagnósticos, de 260 000 casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA en Estados Unidos, ocurre en mujeres seropositivas para el virus de la Inmunodeficiencia Humana están en edad reproductiva, sexualmente activas, esperándose igualmente un incremento en la incidencia de enfermedades sexualmente transmisibles incluyendo infección por virus del Papiloma Humano VPH y sus secuelas como condiloma, displasia y neoplasia.

La prevalencia de infección por virus del Papiloma Humano VPH en mujeres HIV seropositivas va desde 40 a 90%, comparado con 2 a 28% en las mujeres HIV seronegativas (6,17).

La evaluación de los tipos de VPH en pacientes HIV seropositivas también fue sorprendente, encontrándose el VPH 18 en 19% de las pacientes, sugiriendo que el comportamiento más agresivo de este tipo de VPH se correlaciona con el grado alto de las lesiones, edad temprana y desarrollo del cáncer y más rápida conversión de una citología normal a cáncer invasivo (13). El 50% de prevalencia de VPH 18 en mujeres inmunocomprometidas, mostrado en otro estudio (17), sugiere que éste es específico en mujeres HIV positivas.

Hay que tener en cuenta que HIV y VPH son infecciones frecuentemente simultáneas, con factores de riesgo comunes y que aumentan el riesgo de desarrollar neoplasia cervical (3,13,18,19,20), con una prevalencia HIV seropositiva de 1.5% en mujeres infectadas por VPH (19,21,22).

El virus de la Inmunodeficiencia Humana ha sido también reconocido en células y secreciones cervicales, pero no se conoce su posible potencial oncogénico. El HIV puede crear un ambiente favorable para el desarrollo de VPH actuando como un co-carcinogénico, alterando la respuesta celular inmune (16,23).

Hay también una respuesta local humoral con producción de inmunoglobinas específicas contra HIV (24,25); las células de Langerhans, monocitos y macrófagos también participan; en la unión exo-endocervical hay un alto porcentaje de células de Langerhans y en la Neoplasia Intraepitelial

cervical, NIC e infección por VPH hay una importante disminución de ellas (20,25); estas células tienen receptores específicos para linfocitos ayudadores y CD4, y en la infección por HIV, éstos últimos son el blanco para la replicación del virus, con la consecuente disminución de las células de Langerhans (9,16,23).

Los reportes en la literatura no son del todo concluyentes sobre la frecuencia de Neoplasia Intraepitelial cervical, NIC, en mujeres HIV positivas, con grandes variaciones de un estudio a otro, como Feingold en 1990, con 18% (9,26); solo en 1989 con 80% (9,27) y Maiman en 1990, de 100% (3,9) por seguimiento colposcópico.

El riesgo de NIC está correlacionado con el grado de inmunosupresión, observándose una asociación inversa con la disminución de linfocitos ayudadores, CD4, menos de 500/mm³, y en la disminución en la relación de linfocitos ayudadores/supresores T4/T8, (2,3,4,5,9,13,21,28,29,30), así aproximadamente 50% de pacientes HIV positivas sintomáticas exhibieron lesión escamosa intraepitelial, siendo aún más alarmante la extensión y recurrencia de cáncer cervicouterino en estados más severos de inmunosupresión (18).

También se reporta que las pacientes HIV positivas tienen significativamente lesiones de alto grado no solo en cérvix sino también en vulva, vagina y perineo (3,13,14,31), considerando además que las pacientes con diversas lesiones y/o recurrentes o persistentes deben hacerse estudios para detección de infección por HIV (3,4,6,13,21,28,32).

El método óptimo para detección de NIC en pacientes HIV positivas no ha sido determinado (9,18,33,34,35). El Papanicolaou ha sido reportado con una baja sensibilidad mostrando en forma significativa lesiones de menor grado comparadas con los hallazgos histológicos en las mismas pacientes (5,13,14,18), aunque otros autores presentan una sensibilidad hasta de 90% (11,36).

Se concluye que el alto porcentaje de falsos negativos en la citología cervicovaginal en las mujeres HIV positivas se debe a la variación en la

exfoliación de las células enmascaradas por las infecciones vaginales concomitantes y a un incremento potencial en el sangrado de las mismas (13,14,24).

Se ha sugerido que las mujeres HIV positivas deben hacerse citologías cervico-vaginales cada 3 a 4 meses (35).

Varios autores concuerdan en que dada la alta prevalencia de NIC en pacientes HIV positivas así como el comportamiento de la entidad en cuanto a persistencia, recurrencia, progresión y agresividad, la colposcopia debe ser rutina en la detección y seguimiento de estas pacientes (4,5,9,13,14,15,16,32,37).

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Aunque el porcentaje de mujeres infectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, HIV seropositivas, aumenta en forma importante en el mundo, la supervivencia de ellas es prolongada por tratamiento antiviral, de soporte inmunológico y quimioterapia a las infecciones oportunistas.

Forma desde luego, parte de este manejo integral, la evaluación y control de manifestaciones ginecológicas.

Considerando que las mujeres HIV seropositivas, constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar neoplasias del tracto genital inferior, debe constituirse en una meta la detección de lesiones preinvasivas.

Siendo la citología cervicovaginal poco sensible para la detección de lesiones de alto grado en las mujeres HIV seropositivas y teniendo en cuenta el alto porcentaje de persistencia, recurrencia, progresión y agresividad de la neoplasia cervical intraepitelial, NIC, como de otras lesiones premalignas del tracto genital en estas mujeres, se hace recomendable que sean valoradas directamente por colposcopia.

Lo anterior nos lleva a plantearnos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las imágenes colposcópicas características en pacientes infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana ?

DEFINICIÓN DE VARIABLES

MUJERES INFECTADAS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA HIV

Mujeres portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana, HIV seropositivas, con o sin Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, SIDA.

COLPOSCOPIA:

Medio de investigación con el cual es posible mediante visión con aumento, reconocer delimitar y diagnosticar los diferentes aspectos normales, del cérvix uterino, la vagina y los genitales externos (38).

En la colposcopia podemos encontrar:

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS NORMALES

- ☞ Epitelio pavimentoso originario
- ☞ Epitelio cilíndrico
- ☞ Zona de transformación

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS ANORMALES

- ☞ Zona de transformación atípica
- ☞ Mosaico
- ☞ Punteado
- ☞ Leucoplasia
- ☞ Vasos atípicos
- ☞ Carcinoma Invasor sospechoso

***DEFINICIÓN DE
VARIABLES***

HALLAZGOS COLPOSCOPICOS INSATISFACTORIOS

Líneas escamocilíndrica no visible

HALLAZGOS VARIOS

- ☞ Atrofia
- ☞ Colpocervicitis
- ☞ Erosión
- ☞ Papiloma Virus, VPH

Se definen los diferentes hallazgos colposcópicos.

EPITELIO PAVIMENTOSO ORIGINARIO:

Epitelio plano poliestratificado, superficie lisa, rosada, nunca queratinizada, muy resistentes, Característico del exocérvix.

EPITELIO CILÍNDRICO:

Epitelio glandular, aspecto aterciopelado, múltiples protuberancias, color rojo. Característico endocérvix.

ZONA DE TRANSFORMACIÓN:

Epitelio columnar glandular y epitelio plano poliestratificado. Formación de protuberancias, orificios excretores glandulares, quistes de Naboth.

Corresponde a la unión escamocolumnar (ecto-endocérvix). Fácilmente vulnerable.

MOSAICO:

Epitelio plano atípico, superficie lisa, demarcación nítida, vasos anormales que circunscriben imagen en baldosa romana.

PUNTEADO:

Epitelio plano atípico, superficie desigual finamente áspera, delimitación nítida, vasos anormales cuyas papilas dan imagen de puntilleo rojo.

EPITELIO BLANCO:

Epitelio plano atípico, engrosado, regular, depósitos queratinizados, zona opaca blancuzca.

LEUCOPLASIA:

Area blanca, superficie lisa o rugosa, más o menos sobreelevada, desprovista de vascularización.

IMÁGENES VASCULARES:

Se catalogan en cinco grupos:

- I Normal. Fina red capilar
- II Ligeramente aumentada de la red normal
- III Vasos marcadamente dilatados, distribución normal
- IV Vasos dilatados e irregulares, formas en sacacorchos y horquillas, cambios bruscos de dirección.
- V Vasos atípicos, irregulares, dilataciones y estenosis con interrupciones bruscas.

ATROFIA:

Epitelio plano muy delgado, poco estratificado, superficie lisa no queratinizada, frecuentemente hay hemorragias subepiteliales.

COLPOCERVICITIS:

Epitelio plano muy estratificado, superficie granulosa y desigual, intensamente vascularizado.

EROSIÓN:

Pérdida del revestimiento epitelial, tejido conjuntivo descubierto, sangra fácilmente.

PAPILOMA VIRUS, VPH:

Area blancuzca transparente o blanco nieve, bordes recortados, superficie irregular, sangrado escaso.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Grupo de mujeres infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, HIV, con o sin Síndrome de Inmunodeficiencia Humana, identificadas por el método de ELISA y Western Blot, en el Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza, desde 1. Enero de 1987 a 31 de Diciembre de 1996, controladas en el Servicio de Colposcopia del H.G.O. No. 3 del mismo Centro Médico.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las mujeres mayores de 13 años HIV seropositivas controladas desde 1987 en el Hospital de Infectología y servicio de Colposcopia del H.G.O. No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres HIV seropositivas, con antecedentes de tratamiento para infección cervical por VPH, neoplasia intraepitelial cervical y/o malignidad cervical.

MATERIAL

Durante el estudio se utilizaron guantes y espéculos desechables, material de curación desechable y soluciones (fisiológica, ácido acético al 5%, yodo-yodurada, Monsel) específicas para este grupo de pacientes.

Se usó pinza de biopsia cervical de Kerkovian.

Colposcopio Sharplan Modelo 779 SOM b 2S. con aumentos 15X, 20X con distancia focal de 300 mm e interposición de filtro verde para visualización de vasos.

Recipientes desechables para biopsias.

MÉTODO

Durante los meses de junio y julio de 1997, se realizaron en el Servicio de Colposcopia y tratamiento LASER del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social, estudio colposcópico a las mujeres portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana identificadas por ELISA y Western-blot, en el Hospital de Infectología del mismo centro, desde 1987.

Las pacientes fueron detectadas mediante el registro anual del servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Infectología y con autorización de la Subdirección Médica se revisaron los expedientes en archivo para consignar sus domicilios y números telefónicos para su respectiva localización.

Las colposcopias se realizaron los días martes de cada semana, en número de 5 a 8 pacientes por día, citadas previamente.

Cada mujer recibió información del estudio y firmó hoja de consentimiento.

A cada paciente se le registro, fecha del estudio, nombre, afiliación, edad, si presenta o no el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, probable contagio del HIV (uso de drogas intravenosas, contacto sexual, transfusión, desconocido), fecha en que se hizo el diagnóstico como HIV seropositiva, inicio de relaciones sexuales, paridad, tabaquismo, método de planificación familiar, compañeros sexuales.

Se realizó primero exploración física de sus genitales externos, examen con espéculo, obtención de muestra para citología cervicovaginal; toma en fresco y cultivo.

Se procedió a la primera observación colposcópica en fresco y después de la detersión con solución Fisiológica. Segunda observación colposcópica después de toque con solución acuosa de ácido acético al 5% por un minuto.

Se realizo en este momento biopsia exocervical y/o endocervical según el caso.

Aplicación de solución yodo-yodurada cervicovaginal y tercera observación colposcópica con eventual biopsia vaginal, vulvar o perineal según el caso

Toda imagen colposcópica anormal fue biopsiada, colocando este tejido en recipiente desechable el cual se etiquetó con el nombre y número de afiliación, fecha y especificación de que la paciente era portadora de HIV.

Se mantuvo este tejido en formol al 10% por 48 horas.

Las muestras citológicas, también respectivamente etiquetadas, y las biopsias fueron revisadas por un Médico Patólogo de la Unidad.

Se uso colpofotografía en los casos más representativos de imágenes anormales.

El material desechado fue debidamente colectado en bolsas plásticas con etiqueta que especificaba su respectiva contaminación con HIV.

Los hallazgos colposcópicos se consignaron en un formato correspondiente, anexo I, donde también se registro sitio de la biopsia y resultado cito-histopatológico.

Los hallazgos colposcópicos también fueron registrados en el índice colposcópico (39) combinado, para hacer su correlación histopatológica. anexo II.

RESULTADOS

RESULTADOS

Se incluyeron 20 pacientes, mujeres, portadoras del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, detectadas durante el período de 1987 a 1996, en el Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza, a las cuales se les realizó estudio citocolpohistológico, en el Servicio de Colposcopia y tratamiento LASER del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza, durante los meses de junio y julio de 1997.

Las edades fueron en promedio de 33.2 ± 6.5 años.

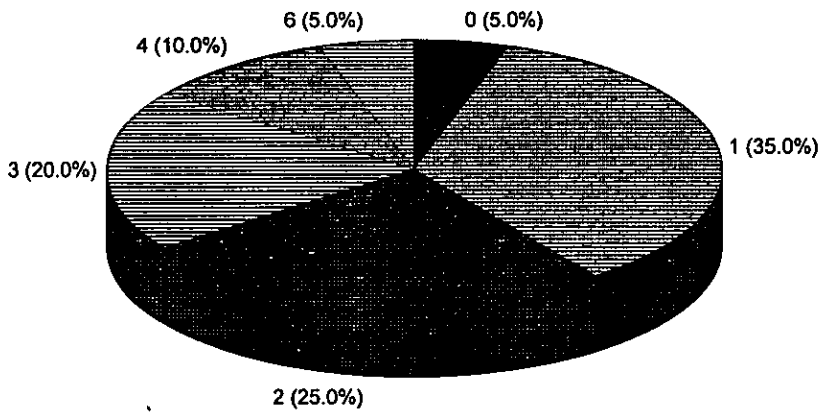
El tipo de contacto de adquisición de la enfermedad fue sexual en el 100% de los casos.

La evolución de la enfermedad al momento del estudio en relación a la fecha del diagnóstico fue de 4.3 ± 2.6 años.

El 35% de las pacientes (7 casos) tenían como antecedente un embarazo, seguidas de las secundigestas, con 25% (5 casos) ver cuadro I.

CUADRO I		
FRECUENCIA DE EMBARAZOS		
GESTACIONES	f.	0%
0	1	5
1	7	35
2	5	25
3	4	20
4	2	10
6	1	5
TOTAL	20	100%

CUADRO I
FRECUENCIA DE
EMBARAZOS



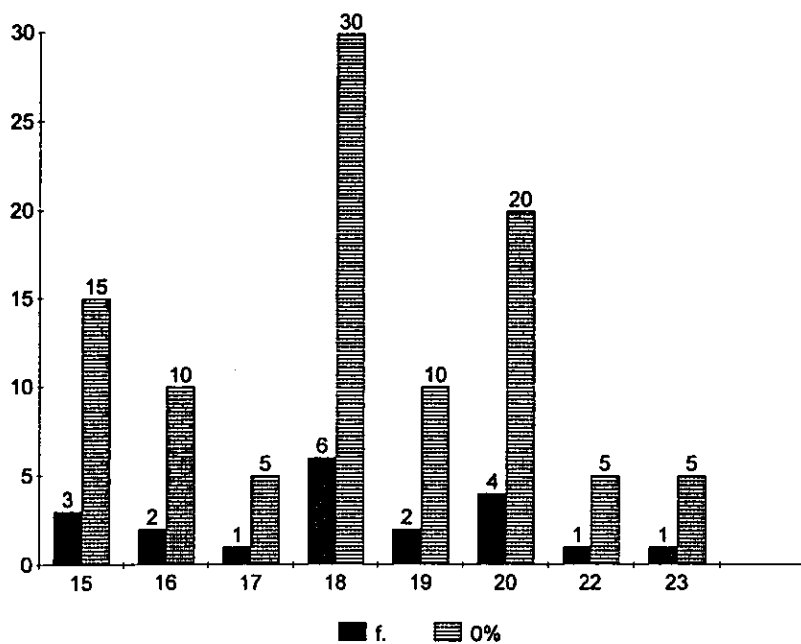
Solamente el 15% de los casos tenían antecedente de aborto. cuadro II.

CUADRO II		
ANTECEDENTE DE ABORTO		
ABORTO	f.	0%
1	2	10
2	1	5
	3	15

El inicio de las relaciones sexuales en la población estudiada fué 18.2 ± 2.2 años. cuadro III

CUADRO III		
INICIO DE RELACIONES SEXUALES		
EDAD	f.	0%
15	3	15
16	2	10
17	1	5
18	6	30
19	2	10
20	4	20
22	1	5
23	1	5
TOTAL	20	100%

CUADRO III
INICIO DE RELACIONES SEXUALES



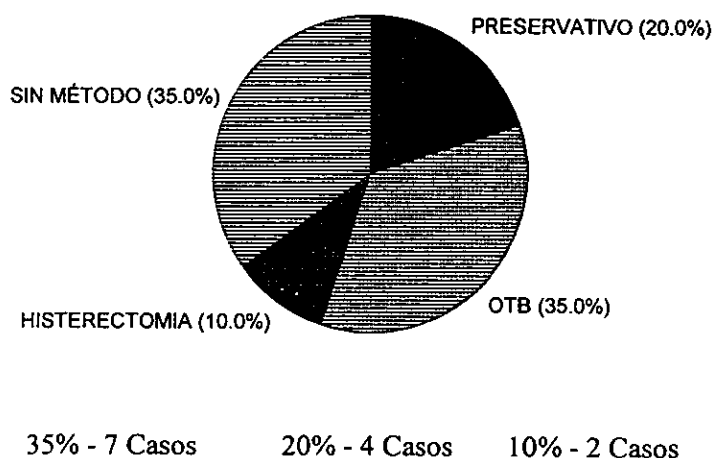
El número de parejas sexuales encontrado fué en promedio de 1.9 ± 0.7 , teniendo el 50% de los casos 2 parejas. cuadro IV.

CUADRO IV		
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES		
PAREJAS SEXUALES	f.	0%
1	6	30
2	10	50
3	4	20
	20	100

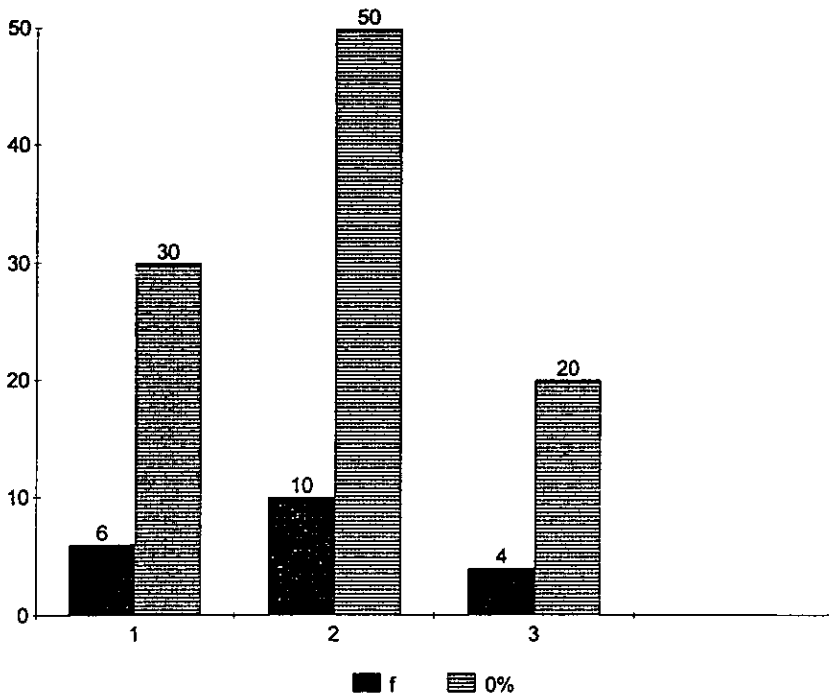
Solamente el 30% tenían como antecedente tabaquismo

El método de control natal utilizado fué de Salpingoclasia bilateral OTB en el 35% (7 casos), el 35% no utilizaba método anticonceptivo.

FIG. 1 Método Anticonceptivo



CUADRO IV
NÚMERO DE PAREJAS
SEXUALES

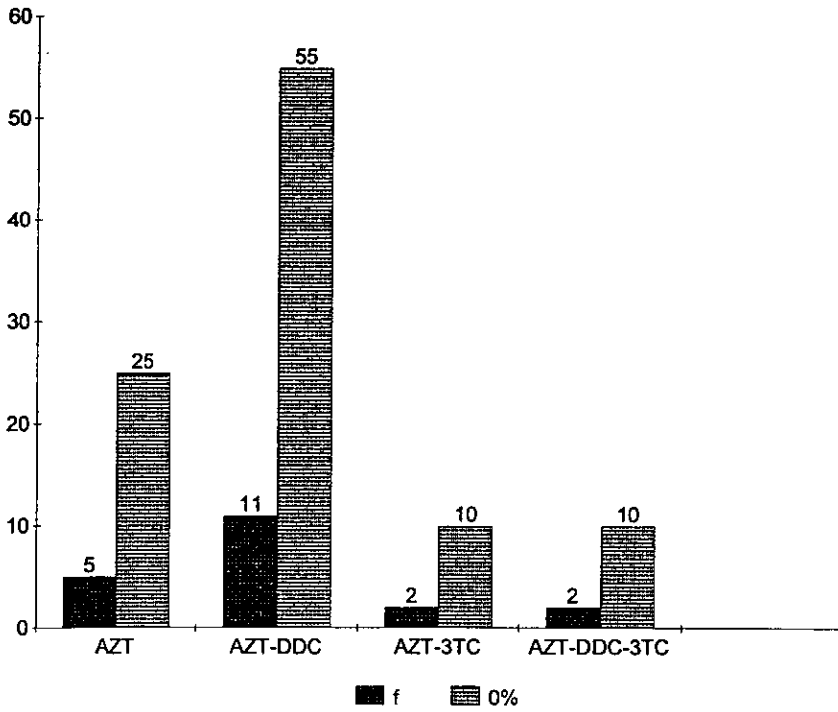


El 100% de las pacientes se encontraron durante el estudio en tratamiento anti-retroviral, con Azidotimidina AZT como tratamiento único o combinado con otros agentes anti-retrovirales como Dideoxicitidina DDC, Lamiduvina 3 TC. cuadro V.

CUADRO V		
TRATAMIENTO ANTI - RETROVIRAL		
Fármaco	f.	0%
AZT	5	25
AZT-DDC	11	55
AZT-3TC	2	10
AZT-DDC-3TC	2	10
	20	100

CUADRO V

TRATAMIENTO ANTI - RETROVIRAL

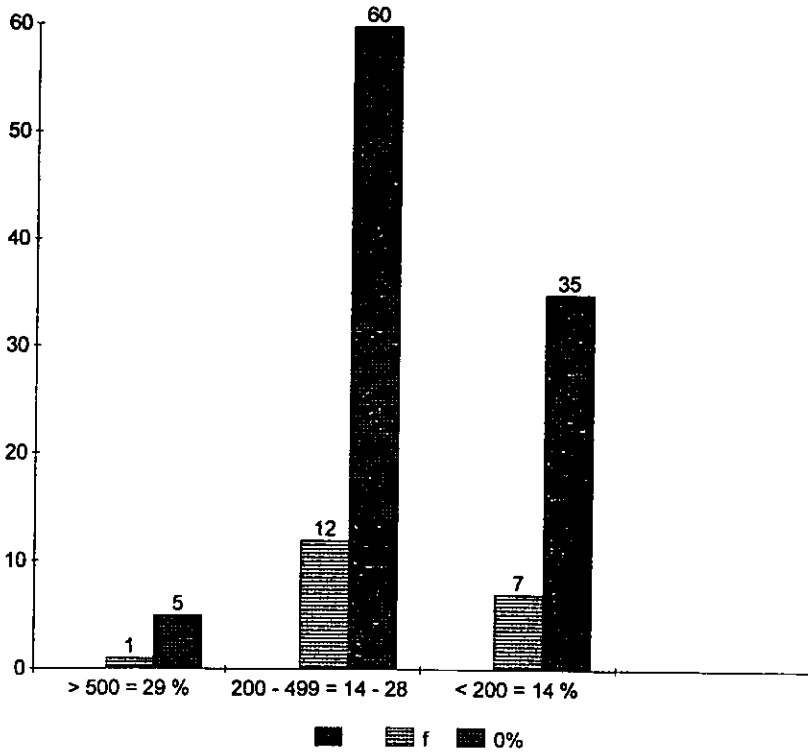


Los estudios de los linfocitos CD4 en el grupo de estudio mostró 60% (12 casos) dentro del rango de 200 a 499/mm³ (equivalencia 14-28%), seguida de 35% (7 casos) con menos de 200/mm³ (equivalencia menor de 14%).
 cuadro VI.

CUADRO VI		
CUANTIFICACIÓN DE CD4		
Cuenta de CD4/mm ³ equivalencia en %	f	0%
> 500 = 29%	1	5
200 - 499 = 14 - 28 %	12	60
< 200 = 14%	7	35
	20	100

CUADRO VI

CUANTIFICACIÓN DE CD4

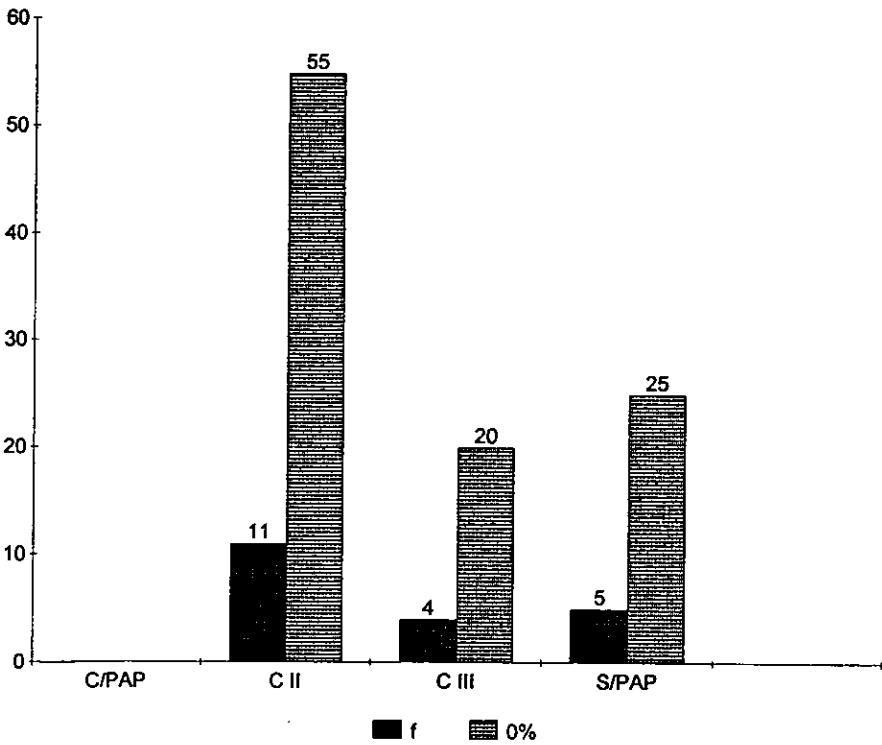


En el 25% (5 casos) de las pacientes no se encontro reporte de citología cervi-covaginal, PAP previos.

El 55% (11 casos) tenían PAP previo clase II y el 20% (4 casos) clase III, (NIC I) + VPH. cuadro VII.

CUADRO VII		
PAPANICOLAOU PAP PREVIO		
	f.	0%
CON PAP		
CLASE II	11	55
CLASE III NIC I + VPH	4	20
SIN PAP	5	25
	20	100

CUADRO VII
PAPANICOLAOU
PAP PREVIO

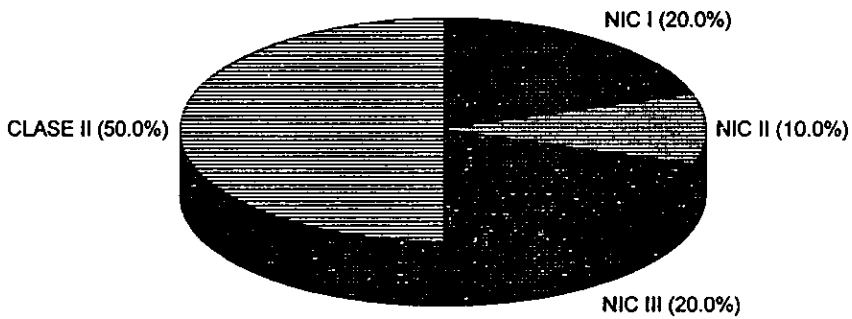


El resultado citológico en nuestro estudio mostró 50% (10 casos) como PAP clase II y 50 % clase III. cuadro VIII.

CUADRO VIII			
PAP EN EL ESTUDIO			
CLASE		f.	0%
CLASE II		10	50
CLASE III	NIC I	4	20
	NIC II	2	10
	NIC III	4	20
		20	100

CUADRO VIII
PAP, EN EL ESTUDIO

FIGURA II



El frotis en fresco reportó 35% (7 casos) de candida, 5% (1 caso) de trichomonas y 10% (2 casos) de E coli. cuadro IX.

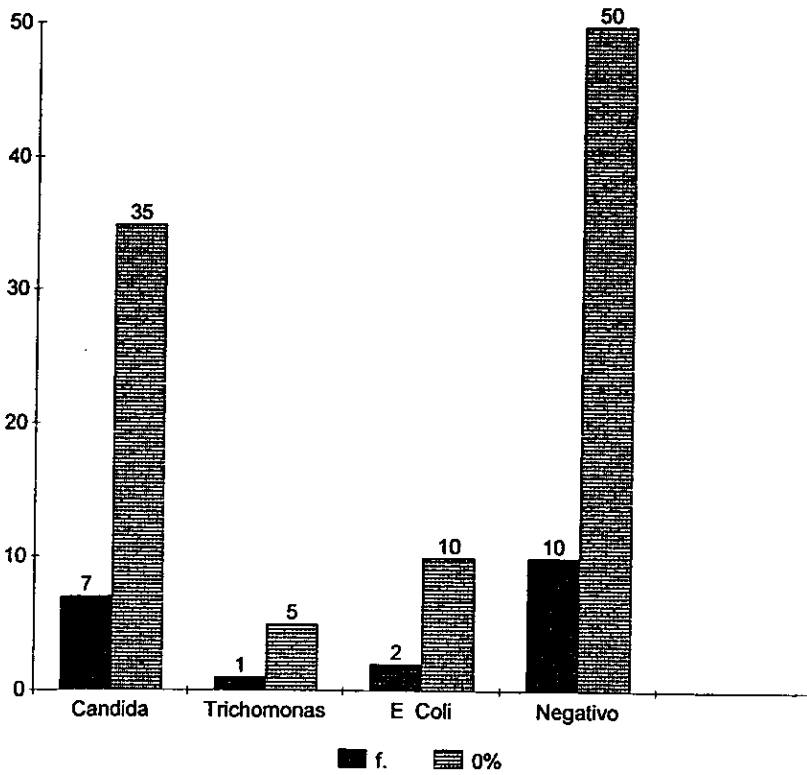
CUADRO IX		
RESULTADO DE FROTIS - FRESCO		
AGENTE	f.	0%
CANDIDA	7	35
TRICHOMONAS	1	5
E COLI	2	10
NEGATIVO	10	50
	20	100

El cultivo cervicovaginal fué negativo en 95% de los casos, se reportó solo 1 caso con enterococo.

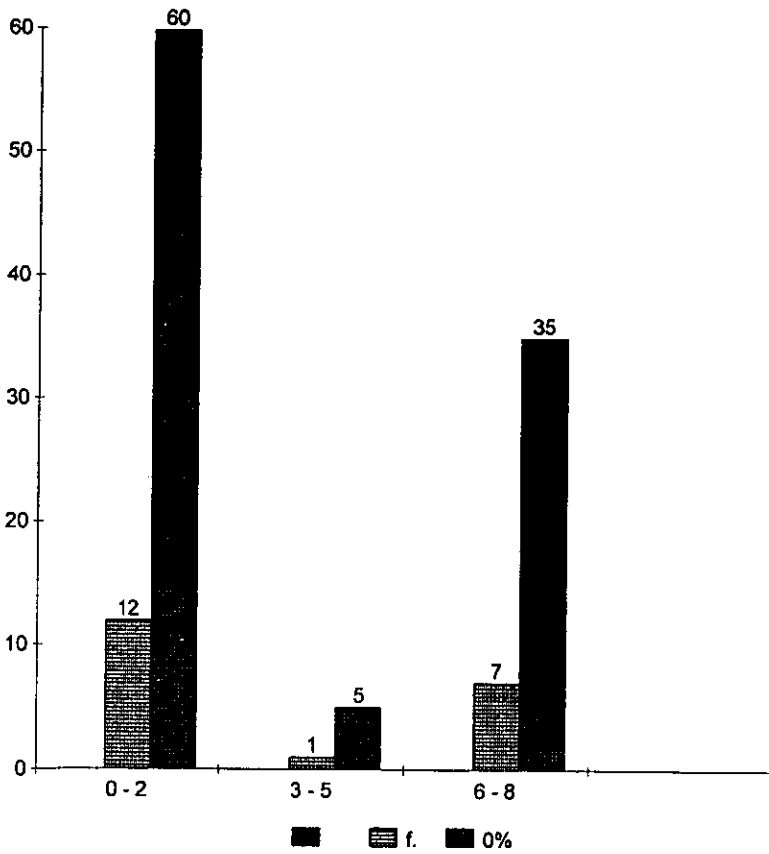
En el estudio colposcópico el índice colposcópico combinado que se encontró fué de 0 - 2 en el 60% (12 casos) seguido de 6 - 8 en 35% (7 casos). cuadro X.

CUADRO X		
INDICE COLPOSCÓPICO		
VALOR COLPOSCÓPICO	f.	0%
0 - 2	12	60
3 - 5	1	5
6 - 8	7	35
	20	100

CUADRO IX
RESULTADO DE FROTIS - FRESCO



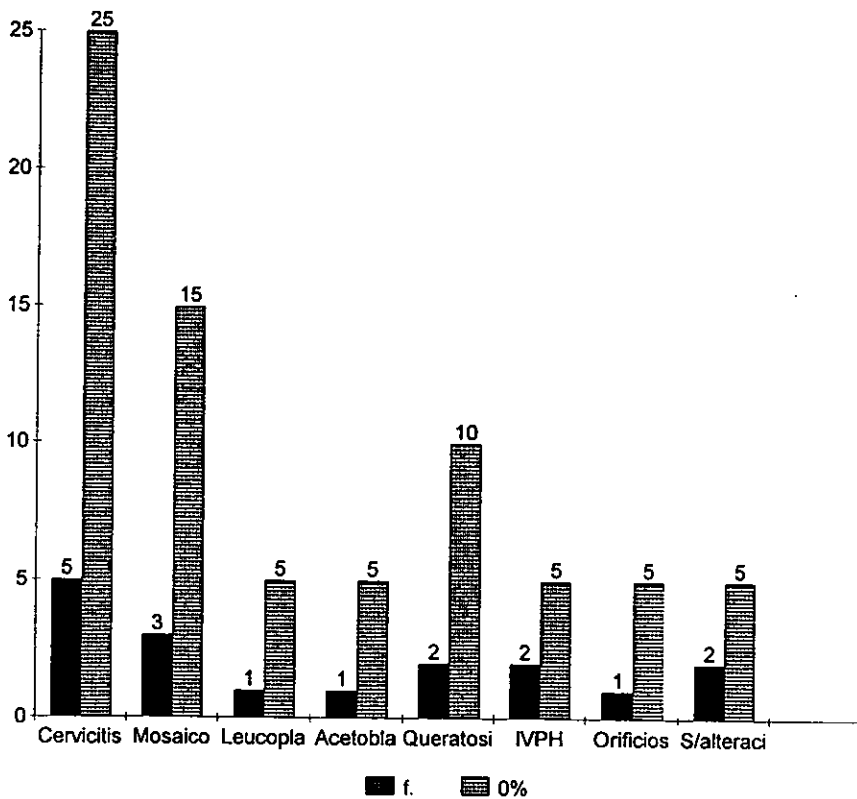
CUADRO X
INDICE COLPOSCÓPICO



La imagen colposcópica más frecuente fué la de mosaico, sola o combinada con otras imágenes, en un 30%, (6 casos), seguida por la de cervicitis en 25% (5 casos). cuadro XI.

CUADRO XI			
IMÁGENES COLPOSCÓPICAS			
IMÁGENES		f.	0%
CERVICITIS		5	25
MOSAICO		1	5
	Leucoplasia	1	5
	Punteado + Queratosis	3	15
	VPH	1	5
LEUCOPLASIA		1	5
ACETOBLANCO		1	5
QUERATOSIS		2	10
IVPH		2	5
ORIFICIOS CORNIFICADOS		1	5
SIN ALTERACIÓN		2	5
		20	100

CUADRO XI
IMÁGENES COLPOSCÓPICAS

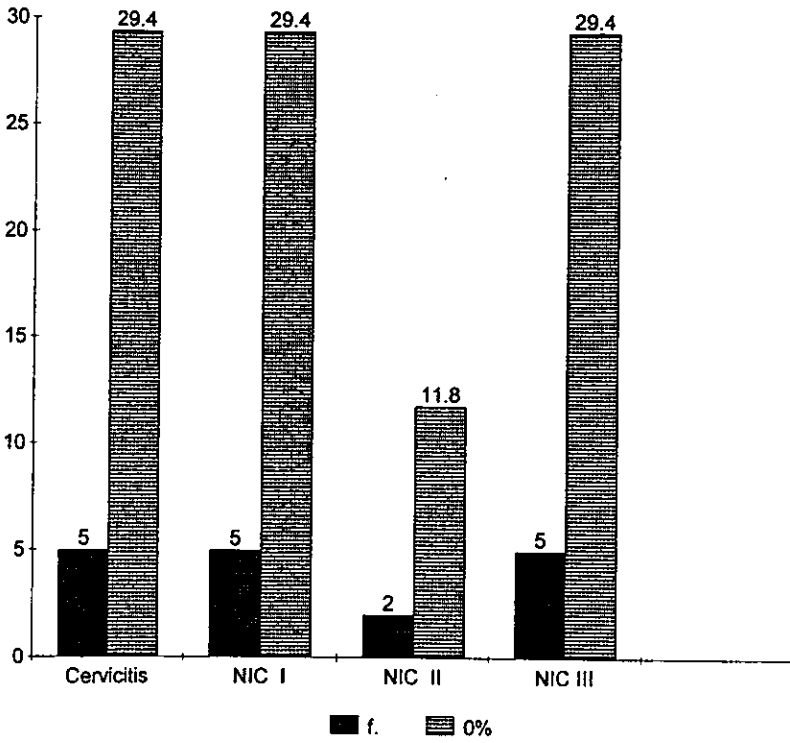


Se realizaron 17 biopsias cervicales con reporte de cervicitis en 29.7% (5 casos) con igual porcentaje para NIC I y NIC III. cuadro XII.

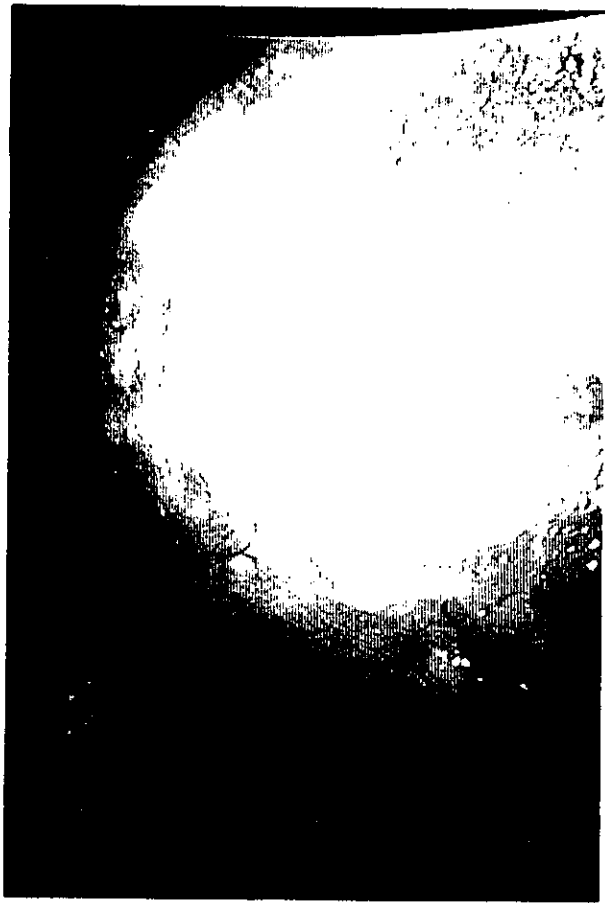
CUADRO XII		
RESULTADO DE BIOPSIAS		
RESULTADO	f.	0%
CERVICITIS	5	29.4
NIC I	5	29.4
NIC II	2	11.8
NIC III	5	29.4
	17	100

La asociación con VPH fué del 50% (10 casos).

CUADRO XII
RESULTADO DE BIOPSIAS



COLPOFOTOGRAFÍA



Cervix con lesión acetoreactiva, blanca nieve con imagen mosaiciforme con bordes y superficie irregular.



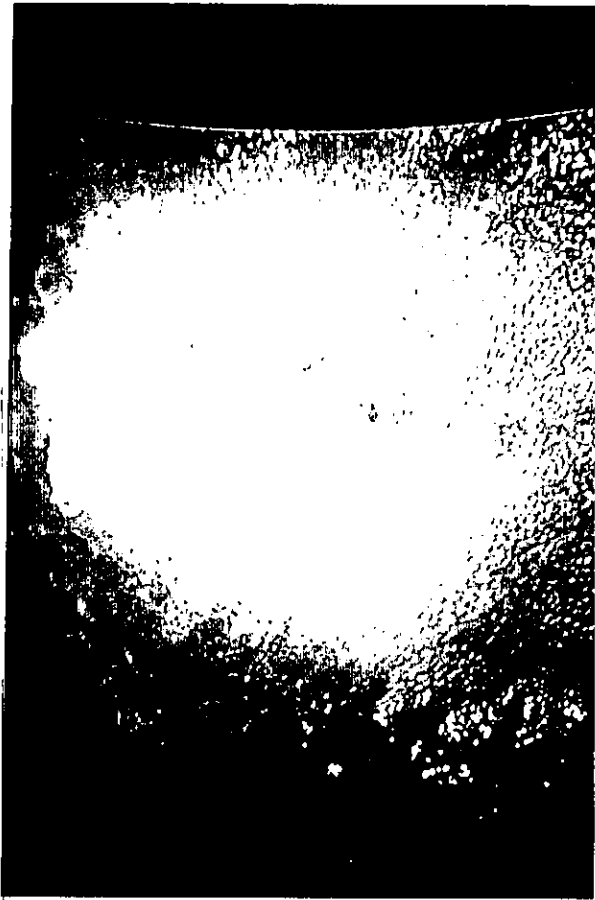
Vasos Anormales: se observan sobre radio de las 12:00 vasos dilatados que cortan sus trayectos, cambian en forma abrupto de dirección y la distancia intercapilar está aumentada.



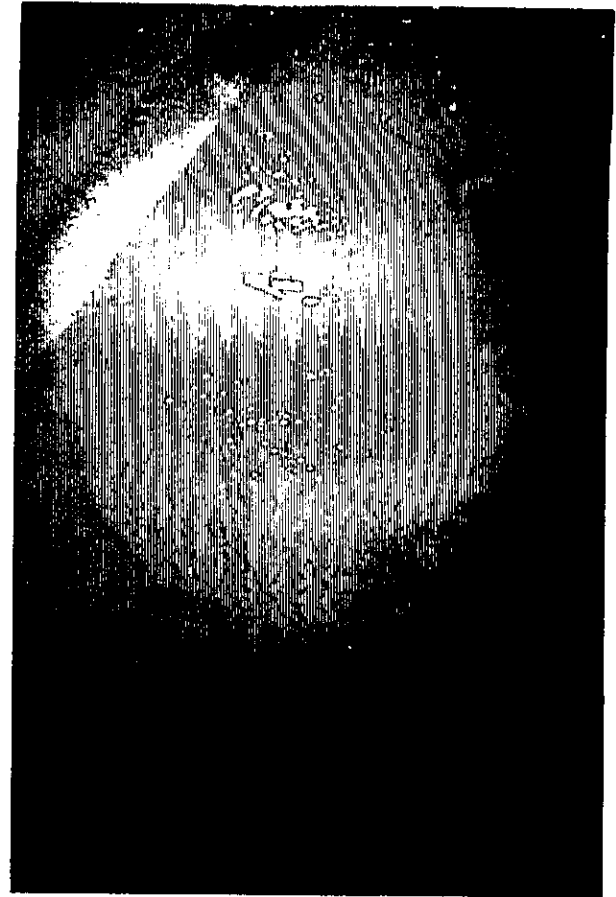
Se observan orificios glandulares cornificadas en una zona de transformación anormal. En radio de las 6:00 se observa pérdida del apitelio dejando al descubierto el estroma. (úlceras)



Cervix con aplicación de lugol. Se aprecia una ZTA alrededor del OCE evidenciado por la ausencia de captación del yodo.



Lesión acetoreactiva blanca, de bordes irregulares superficie irregular; en el radio de las 5:00 hay evidencia de un punteado regular, característica de una lesión escamosa intraepitelial de bajo grado.



Lesión microcapilar de localización exocervicaltina, irregular sobre una zona de tranformación anormal. El estudio histopatológico demostró infección por virus del papiloma humano.



Prueba Shiller evidenciándose la iodonegatividad en una lesión escamosa intraepitelial de alto grado.



Lesión acetoreactiva blanca de bordes irregulares y superficie irregular en una zona de transformación anormal del lado izquierdo imagen característica de una leucoplasia. Esta lesión puede ser evidente aún a simple vista.

CONCLUSIONES

- ☞ El **SIDA** se presenta en mujeres en edad fértil, haciéndose la detección de la enfermedad, incluso, previamente en sus hijos, con mayor frecuencia en primi y secundigestas.
- ☞ Con base en el promedio de edad de las pacientes así como edad promedio de inicio de relaciones sexuales y antecedentes de citología cervicovaginal negativa, es evidente que la historia natural del CaCu así como de lesiones precursoras del mismo, es más corta en pacientes con **SIDA**.
- ☞ Encontramos un bajo porcentaje (20%) de uso de preservativo, más como método de control de natalidad que de protección, así como un mayor porcentaje de oclusión tubaria bilateral, como método de planificación familiar determinación tomada sin tener en cuenta el contagio de HIV, lo que nos hace reflexionar que debemos actuar con mayor energía en la difusión de métodos que protejan de la adquisición de la enfermedad.
- ☞ Nuestra población de estudio con una cuantificación de CD4 entre 200-499mm³ (14-28%) en un alto porcentaje (60%), muestra la relación proporcional entre el grado de inmunosupresión y la presencia de NIC, ubicando el grupo de estudio en la categoría clínica B2 del Sistema de clasificación en la vigilancia del **SIDA** (40).
- ☞ La correlación Citohistológica en el grupo estudiado, evidencia un 20% de falsos negativos en el resultado del PAP.
- ☞ El resultado histológico reveló que el 70.6% de las biopsias dirigidas por colposcopia presentaron diferentes tipo de NIC, lo que justifica el método como rutina en el diagnóstico y seguimiento en pacientes con **SIDA** y/o con factores de riesgo para la enfermedad.
- ☞ Las imágenes colposcópicas más frecuentemente encontradas en nuestro estudio fue el mosaico, como imagen única o combinada con otras imágenes anormales, para un total de 70%, de imágenes anormales todas correlacionadas histológicamente.

- ☛ Es consistente el gran riesgo de lesiones preinvasivas neoplásicas cervicales en pacientes HIV positivas, haciéndose el estudio colposcópico una indicación de rutina en la valoración de estas pacientes.

CONSIDERACIONES ETICAS

El estudio se condujo de acuerdo con las recomendaciones de la Declaración de Helsinki (y las modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989).

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Burnet F. Immunological aspects of malignant disease. *Lancet* 1967; 1:1171- 74.
- 2.- Gemignani M, Fruchter G, Arrastia C, Gibson D, Ellison T. CD4 lymphocytes in women with invasive and preinvasive cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 1995; 59: 364 - 69.
- 3.- Maiman M, Fruchter R, Serur R, Remy J, Feuer G, Boyce J. Human immunodeficiency virus infection and cervical neoplasia. *Gynecol Oncol* 1990; 38: 377 - 82.
- 4.- Maiman M, Fruchter R, Serur R, Levine P, Arrastia C, Sedis A. Recurrent cervical intraepithelial neoplasia in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 84 - 88.
- 5.- Maiman M, Tarricone N, Vierira J. Colposcopic evaluation of HIV, seropositive women. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 84 - 88.
- 6.- Spinillo A, Tenti P, Zappatore R, et al. Prevalence, diagnosis and treatment of lower genital neoplasia in women with human deficiency virus infection. *Eur J Obstet Gynecol* 1992; 43: 235 - 241.
- 7.- Gratt R, Occurrence of malignancy in immunodeficient diseases. *Cancer* 1971; 28: 89.
- 8.- Maiman M, Fruchter R, Guy L, Cuthill S, Levin P, Serur E. Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical carcinoma. *Cancer* 1993; 71: 402,406.
- 9.- Bogain A, Rampal A, Durant J, Michiels J, Dellamonica P, Gillet J. Cervical intraepithelial neoplasia in women infected with human immunodeficiency virus. *Obstet Eur - J - Obstet - Reprod - Biol* 1996; 65: 195 - 199.
- 10.- Crocchiolo P, Liziol A, Goizi F. Cervical dysplasia and HIV infection. *Lancet* 1988; 1: 283 - 239.

- 11.- Jhonson J, Burnet A, Willet G, Young M, Doniger J. High frequency of latent and clinical human papillomavirus cervical infection immunocompromised human immunodeficiency virus infected women. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 321 - 327.
- 12.- Wright T, Koulos J, Shnoll F, et al. Cervical Intraepithelial Neoplasia in women infected with the Human Immunodeficiency Virus: Outcome after loop electrosurgical excision. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 253 - 258.
- 13.- Fink M, R, Maiman M, et al. The Adequacy of cytology and colposcopy in diagnosis cervical neoplasia in HIV seropositives women. *Gynecol Oncol* 1994; 55: 133 - 137.
- 14.- Fruchter R, Maiman M, Sillman F, Camilien L, Webber C, K. Characteristics of cervical intraepithelial neoplasia in women infected with the human immunodeficiency virus *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 531 - 537.
- 15.- Rellihan M, Dooley D, Burke T, Berkland M, Longfield R. Rapidly progressing cervical cancer in patient with human immunodeficiency virus infection. *Gynecol Oncol* 1990; 36: 435 - 438.
- 16.- Spinillo A, Tenti P, Zappatore R, Rao S, Romagnoli S, Piazzoli G. Nucleoclear organizer regions and cervical intraepithelial neoplasia among women with human immunodeficiency Virus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 773 - 777.
- 17.- Sun X, Ellerbrock T, Lungu O, Chiason M, Bush T, Wright T, Human Papilloma virus Infection Human Immunodeficiency Virus-seropositive Women. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 680 - 686.
- 18.- Korn A, Autry M, Remer P, Tan W. Sensitivity of the Papanicolaou smear in human immunodeficiency virus-infected women. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 401 - 404.
- 19.- Rogo K, Kavooling X. HIV seroprevalence among cervical patient. *Gynecol Oncol* 1990; 37: 87 - 92.

- 20.- Vermund S, Kelley K, Klein R, et al. High risk of human papillomavirus infection and cervical squamous intraepithelial lesions among women with symptomatic immunodeficiency virus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 392 - 400.
- 21.- Matorras R, Ariceta J, Rementeria A, et al. Human immunodeficiency virus induced immunosuppression: A risk factor for human papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 42 - 44.
- 22.- Smith J, Kichen V, Botcherby M, et al. Is HIV infection associated with an increase in the prevalence of cervical neoplasia? *Br J Obstet Gynecol* 1993; 100: 149 - 153.
- 23.- Barton S, Manddcox P, Smith J, Jenkins D, Hawkins D. A Study of Langerhans cell in the cervical epithelium of women with HIV infection. Sixth International Conference on AIDS, San Francisco, USA, 1990; Abstract 2103.
- 24.- Forrest B, Women, HIV and mucosal immunity. *Lancet* 1991; 337: 835 - 836.
- 25.- Tweddel G, Heller P, Cunnane M, Mulhaupt, Roth K. The correlation between HIV seropositivity, Cervical Displasia, and HPV subtypes 6/11, 16/18, 31/33/35. *Gynecol* 1994; 52: 161 - 164.
- 26.- Feingold A, Vermund S, Burk R. Cervical cytologic abnormalities and papillomavirus in women infected with human immunodeficiency virus. *J Acquired Immune Defic Syndr* 1990; 3: 896 - 903.
- 27.- Sojo D, Fresneda A. Cervical neoplasia in HIV infected women. Fifth International Conference on AIDS, Montreal 1989; 896 - 903.
- 28.- Marte C, Kelly P, Cohen M, et al. Papanicolaou smear abnormalities in ambulatory care sites for women infected with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1232 - 7.

- 29.- Schafer A, Friedman W, Mielke M, Schwartlander B, Koch M. The increased frequency of cervical neoplasia in women with HIV is related to degree of immunosupresion. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 593 - 599.
- 30.- Wright T, Ellerbrock T, Chiasson M, Vandevanter N, Sun X. Cervical Intraepithelial Neoplasia in Women infected with Human Immunodeficiency Virus Prevalence, Risk factors and validity of Papanicolaou Smear. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 591 - 597.
- 31.- Petry K, Kochel H, Bode U et al. Human Papillomavirus is associated with the frequent detection of warty and basaloid high grade neoplasia of the vulva and cervical neoplasia among immunocompromised women. *Gynecol Oncol* 1996; 60: 30 - 34.
- 32.- Johnstone F, McGoogan E, Smart G, Brettle R, Prescott R. A population-based controlled study of the relation between HIV infection and cervical neoplasia *Br J Obstet Gynecol* 1994; 101: 986 - 991.
- 33.- Priore G, Lurian J. The ability of Papanicolaou smears and colposcopy to predict the results of cervical biopsy in women infected with the immunodeficiency virus HIV. *Gynecol Oncol* 1993; 49: 139.
- 34.- Pearstone A, Grigsby P, Mutch D. High rates atypical cytology: Occurrence and clinical significance. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 191 - 519.
- 35.- Wright T, Moscarelli R, Dole P, Ellerbrock T, Chiasson M, Vandervanter N. Significance of mild citologic atipia in women infected with human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 515 - 519.
- 36.- Adachi A, Fleming I, Burk R, Ho G, Klen R. Women With human immunodeficiency virus infection and papanicolaou smear: A prospective study of colposcopy and clinical outcome. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 327 - 377.
- 37.- Fruchter R, Maiman M, Sedlis A, Bartley L, Cameliën L, Arrastia C. Multiple recurrencier of cervical intraepithelial neoplasia in women with the human Immunodeficiency Virus. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 338 - 334.

- 38.- Mosset C, De Palo G. La colposcopia ayer y hoy. En De Palo G. Colposcopia y Patologia del Tracto Genital Inferior. Buenos Aires: Panamericana. 1996: 31 - 64.
- 39.- Reid R, Scalzi P. Genital warts and cervical cancer. Am J Obstet Gynecol 1985; 153: 611 - 618.
- 40.- Sanford J, Sande M, Gilbert D. Guia Para El Tratamiento del SIDA-VIH Dallals, the Sanford, 5a. ED. 1997: 7.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HOSPITAL DE GINECOOBSTETRICIA 3. CENTRO MÉDICO LA RAZA
 DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE ESTUDIO SOBRE IMÁGENES COLPOSCÓPICAS
 EN PACIENTES HIV SEROPOSITIVAS

Fecha de Estudio
 Nombre
 Afiliación
 Edad
 SIDA: SI NO Fecha de Diagnóstico
 Probable Contagio:
 Uso de Drogas Intravenosas
 Contacto Sexual
 Transfusión
 Desconocida
 Inicio de Relaciones Sexuales
 Número de compañeros sexuales
 Paridad
 Tabaquismo
 Método de planificación familia

HALLAZGOS COLPOSCÓPICOS:

NORMALES

Epitelio pavimentoso originario
 Epitelio Cilíndrico
 Zona de transformación

ANORMALES

BIOPSIA CERVICAL

Zona de transformación atípica
 Mosaico
 Punteado
 Epitelio Blanco
 Queratosis
 Vasos atípicos
 Carcinoma invasor sospechoso

INSATISFACTORIOS

VARIOS

Colpocervicitis
 Atrofia
 Erosión
 VPH

Otra biopsia Vagina Vulva perine
 Reporte de Citología cervicovaginal
 Reporte Histopatológico

Nombre:
 Afiliación:
 Fecha:
 Colposcopia No:

INDICE COLPOSCÓPICO COMBINADO (39)

Signo Colposcópico	CERO PUNTOS	UN PUNTO	DOS PUNTOS
BORDES	Condilimatoso o contorno microcapilar Lesiones planas con borde indefinido Margenes floclados o alados Lesiones angulares con muescas "Geográficas" Lesiones satelites Acetobancas que se extienden más allá de la zona de transformación.	Lesiones regulares con límites precisos	Bordes desarrollados e irregulares Límites internos entre zonas de diferente aspecto
COLOR	Brillante blanco de nieve	Gris brillante	Mate blanco de ostra
VASOS	Vasos de calibre fino, uniforme, patrón poco definido Capilares no dilatados, áreas de fino puntilleo o mosaico no definidos	Ausencia de vasos superficiales	Puntuación o mosaico definidos
YODO	Tinción de yodo postiva Negatividad menor para yodo		Tinción negativa de lesión importante Apariencia amarillo mostaza

Valor colposcópico

0-2=SPI O NIC I (INFECCIÓN SUBCLÍNICA POR VPH)
 3-5=NIC I-II
 6-8=NIC II-III

TOTAL: _____