



11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3
HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO Y DE LA MADRE,

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA
BIOPSIA DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA DE MEDICINA
EN LAS LESIONES INTRAEPITELIALES ESCOLARES
DE ALTO Y BAJO GRADO

JUN. 2 2000

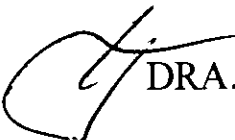
Unidad de Servicios Escolares
de (Posgrado)

279972

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

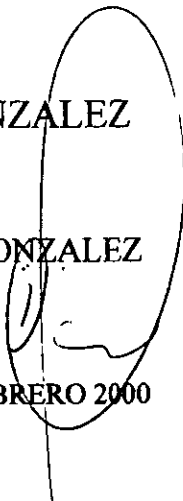
P R E S E N T A


DRA. ARACELI FLORES GONZALEZ


ASESOR
DR. MARIO MANUEL MATUTE GONZALEZ



CENTRO MEDICO LA RAZA
Hospital de Gineco-Obstetricia
MEXICO, D.F.


FEBRERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

Antecedentes científicos.....	1
Planteamiento del problema.....	7
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Hipótesis.....	11
Material y método.....	12
Metodología.....	22
Aspectos éticos.....	23
Estadística.....	24
Resultados.....	25
Conclusiones.....	31
Bibliografía.....	32

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
Division de estudios de postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Hospital de Ginecoobstetricia No 3 del Centro Medico Nacional
"La Raza"

**SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA BIOPSIA
DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA EN LAS LESIONES
INTRAEPITELIALES DE ALTO Y BAJO GRADO**

Tesis de Postgrado
Que para obtener el titulo de

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presenta

DRA. ARACELI FLORES GONZALEZ

Asesor

DR. MARIO MANUEL MATUTE GONZALEZ
Médico Ginecoobstetra

Servicio de Ginecologia
HGO No 3 CMN "La Raza"

Mexico D.F. 2000

INVESTIGADORES ASOCIADOS

DRA ELIZABETH PEREZ OCHOA

Jefe del servicio de Ginecología

CMN La Raza HGO Num 3

DRA IVONNE CASASSOLA BUSTEROS

Médico patólogo: Departamento de citología exfoliativa

CMN La Raza HGO Num 3

Gracias a Dios

Por las oportunidades que me brinda y por estar presente en todo momento

A mis padres

Cuyo ejemplo, amor y cariño son parte fundamental de mi vida, y sustento vital de apoyo.

A mis tíos y sobrinas..

Por su compañía y apoyo incondicional

A mi Hermana Chivis.

Por todo su apoyo

A mi esposo Miguel..

Por su amor, apoyo y comprensión para el logro de mis anhelos.

A todos Mis Maestros...

Innumerables y a los cuales les debo tantos logros, mi respeto y admiración.
Gracias mil.

Dr Matute:

Gracias por su apoyo , su tiempo y conocimiento.

A mi Hospital y Universidad
Ginecología y Obstetricia Num.3 del CMN La Raza. UNAM

A mis Amigos de toda la vida

Que han estado conmigo a lo largo de mi vida y mi carrera , en las buenas y en las malas.

Y a todo el personal de la biblioteca:

Lolita, Gustavo, Vick, Enrique y José Luis.
Por su amistad y su gran ayuda en la realización de este trabajo. Infinitas gracias.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El cáncer cervico uterino representa en México un problema de salud muy importante, ya que dentro de las neoplasias malignas representa el primer lugar de frecuencia y es la primer causa de muerte por tumores malignos en la población femenina entre los 40 y 50 años de edad.^{1, 2 ..}

Las lesiones preneoplásicas del cuello uterino, es decir precursoras del cancer cervicouterino han sido ampliamente estudiadas y discutidas.^{3.}

La palabra “displasia” fue sugerida por primera vez por Papanicolao en 1949, como sinónimo de lesiones de grado inferior, no fue sino hasta 1953 por Reagan y colaboradores, para indicar lesiones que no interesaban todo el espesor del epitelio y en el cuál quedaba cierto grado de epitelio normal.

La OMS define a la displasia como: una lesión en la cuál parte del espesor del epitelio está substituido por células que muestran grados variables de atípia.

La displasia se ha dividido en tres grados de acuerdo el grado de atípia celular y de su arquitectura epitelial :

- displasia leve
- displasia moderada
- displasia severa .⁴

Richard en 1967 propone la teoría de la unicidad / continuidad de las lesiones cervicales paraneoplásicas, la Neoplasia Intraepitelial cervical (NIC) anula el sistema dualista displasia / carcinoma in situ, y los considera como un fenómeno unitario con diversos grados de anomalías de diferenciación y maduración celular del epitelio cervical, comprendiendo el NIC III como displasia severa y / o carcinoma in situ. Así mismo NIC I es igual a displasia leve y el NIC II a displasia moderada, es decir elimina el concepto entre displasia severa y Ca in situ.

Es prioritario el manejo de estas lesiones precursoras en base a su efecto progresivo, el cuál ha sido observado en múltiples estudios, existiendo una mayor probabilidad de progresar o persistir entre las lesiones más avanzadas: como los son NIC II o NIC III a diferencia de la displasia leve que puede evolucionar al cancer en un 1%, tiene el mayor porcentaje de regresión, aunque se refiere que puede evolucionar a un ca in situ en 5-7 años, en 10-13 años a microinvasor y dos años más para invasor, sin embargo se reporta hasta un 10% de estas pacientes pueden evolucionar del in situ al invasor en menos de un año. 5

Hay quien reporta que el comportamiento del NIC I y NIC II es similar.

Lo prioritario e importante es que no hay forma de predecir que paciente se mantendrá en la misma categoría del NIC y cuál progresara a alguna otra forma más grave o cuanto tardará en hacerlo.

Dado la magnitud del problema de salud implica el Cancer cervicouterino tanto en la repercusión física y moral de la paciente y su entorno familiar, repercusiones laborales y por consiguiente repercusión económica. En México su prevención y atención médica son una prioridad a nivel Institucional, basado en su diagnóstico oportuno, prevención y control adecuados.

Para la adecuada detección temprana de las lesiones precursoras del cáncer se requiere la interacción de los diferentes grupos involucrados:

Población femenina informada, consciente y responsable .
Equipo médico.

El equipo médico tiene la obligación profesional, de informar adecuadamente a su población, brindando orientación en forma precisa, así mismo se requiere ya en el campo práctico una adecuada toma de PAP y su adecuada valoración.

El diagnóstico del NIC debe realizarse en base a una citología (PAP) , ya que es considerado como un buen indicador de la neoplasia intracervical o enfermedad microinvasora confirmada en algunos estudios en el 90% 6.y confirmarse con una biopsia dirigida por colposcopia y realizarse a su vez legrado o curetaje en caso necesario, y de acuerdo a sus hallazgos la valoración a un cono cervical.

:Dentro de las modalidades terapéuticas para el manejo del NIC encontramos:

- procedimientos excisionales : cono con bisturí frío , LLETZ , cono con asa.
- Laser CO2
- Combinación de ambos
- Crioterapia
- Histerectomía con rodete vaginal.

Dentro de los procedimientos con laser CO2 están:

- destrucción local
- procedimiento excisional
- vaporización laser
- cono más vaporización laser

De acuerdo al grado de severidad de la lesión , edad de la paciente, deseo o no de fertilidad, se determinara en cada caso cuál es el manejo más conveniente, para la lesión intraepitelial encontrada.

El laser es un método moderno que permite erradicar antiguos patrones de conducta, utilizado para la destrucción local, como lo es la vaporización laser o la excisión con cono laser o ambos. 7 6 8

Así mismo la vaporización laser , la crioterapia y el cono laser son utilizados para el tratamiento del NIC en la actualidad, con multiples ventajas al contar con una baja morbilidad , ser un método ambulatorio que puede ser realizado con anestesia local, ocasionalmente analgesia complementaria, menor repercusión sobre la anatomía del cérvix, y por consiguiente menor repercusión en la fertilidad en mujeres jóvenes, aunque es también importante denotar que la efectividad de la terapia conservadora depende de varios factores, como sería la experiencia del operador y la extensión geográfica de la lesión. 9

La destrucción del tejido, precisión en la destrucción del tejido, se han observado mejores resultados con laser que con el manejo de métodos como la crioterapia, aceptación de la paciente, su uso como manejo conservador en mujeres con deseo de fertilidad. 8 9 10 11

Así mismo mayor precisión que otros métodos , bajo índice de complicaciones y morbilidad.

Dentro de sus desventajas encontramos:

Contar con un espécimen histológico para confirmar el diagnostico inicial o descartar enfermedad invasiva.

Existe la probabilidad de no identificar previo al tratamiento carcinoma invasivo preclínico.

Dentro de las indicaciones para la vaporización laser encontramos 12 :

- lesión localizada en ectocervix
- diagnostico por biopsia por NIC
- canal endocervical libre de enfermedad=curetaje endocervical negativo.
- aceptación del procedimiento.

CONTRAINDICACIONES PARA UN MENEJO CONSERVADOR DE LA NIC

- No visualizar la unión escamocolumnar por colposcopia
- Lesión en endocervix predominante o parcial en el canal endocervical.
- Extensión a los márgenes: fornix vaginales.

La efectividad de la terapia conservadora depende de varios factores :

Experiencia del operador

El tamaño de la configuración geográfica de la lesión.

Se valorará dentro de los métodos diagnósticos y terapéuticos en el manejo de las lesiones intraepiteliales tanto de alto grado como de bajo grado. La sensibilidad y especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia, método clave en el manejo de las pacientes con esta patología en esta unidad hospitalaria.

Y en base a los hallazgos encontrados en los mismos, determinarán nuestra conducta terapéutica y pronóstico.

Así mismo se ha comprobado que los procedimientos excisionales con laser en comparación con otros es igual o más efectivos con rangos del 90-100%.

Se maneja que los pacientes con margenes positivos tratados con excisión y vaporización tienen menor riesgo de recurrencia.

Los margenes quirurgicos de un cono negativos pueden justificar un manejo expectante con seguimiento a base de PAP y colposcopia. 6 Así mismo las complicaciones de estos procedimientos se han reportados como mínimas .

En algunos estudios de seguimiento se ha encontrado como falla en el tratamiento del NIC la aparición de cancer, el error lo han atribuido desde la falla en la detección, durante la colposcopia, en el tratamiento o en el seguimiento. Afortunadamente la incidencia es baja. 13

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la eficacia del diagnostico de la biopsia dirigida por colposcopia?

JUSTIFICACION

Dado que en la población femenina en México, el Cáncer cervicouterino representa la primer causa de muerte, con respecto a las neoplasias malignas, y en base a que su detección oportuna en etapas tempranas y mejor aún en las denominadas lesiones preneoplásicas o displasias, es determinante para la disminución de la morbilidad y mortalidad. Se evaluará en este proyecto la eficacia de un método ampliamente utilizado para el diagnóstico y planeación de la conducta terapéutica. Dentro de las lesiones intraepiteliales de alto y bajo grado. Así mismo siendo este uno de los más importantes centros hospitalarios de tercer nivel, y de concentración con un amplio manejo de las lesiones escamosas intraepiteliales.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Conocer la eficacia de la biopsia dirigida por colposcopia en el diagnostico de las lesiones cervicales intraepiteliales

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer la sensibilidad de la biopsia dirigida por colposcopia

Conocer la especificidad de la biopsia dirigida por colposcopia

Determinar el valor predictivo positivo de la biopsia dirigida por colposcopia

Determinar el valor predictivo negativo de la biopsia dirigida por colposcopia

HIPOTESIS

La biopsia dirigida por colposcopía es un método eficaz en el diagnóstico de las lesiones escamosas intraepiteliales

HIPOTESIS ESPECIFICA

La sensibilidad de la biopsia dirigida por colposcopía es por arriba del 90%

HIPOTESIS

La biopsia dirigida por colposcopía es un método eficaz en el diagnóstico de las lesiones escamosas intraepiteliales

HIPOTESIS ESPECIFICA

La sensibilidad de la biopsia dirigida por colposcopía es por arriba del 90%

MATERIAL Y METODO

CARACTERISTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZARA EL ESTUDIO

Hospital de ginecología y obstetricia Num. 3 , Del Centro Médico Nacional La Raza .

Servicio de ginecología y departamento de patología, Hospital de tercer nivel de atención .

Las pacientes son referidas de hospitales Generales de zona (segundo nivel de atención)

y de las Unidades de Medicina Familiar (primer nivel de atención) de las delegaciones I

noreste . 2 Noreste, Hidalgo Y estado de México del Instituto Mexicano del Seguro Social.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional , retrospectivo, transversal., descriptivo

GRUPO DE ESTUDIO

Pacientes derivadas al servicio de ginecología con diagnostico citológico catalogados acorde ala clasificación de Papanicolao como clase III , IV ,y V.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Pacientes derivadas de primer o segundo nivel con citología catalogada acorde la clasificación de Papanicolao como clase III, IV o V.
- Cualquier grupo de edad
- Embarazo descartado

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes con citología clase I o II
- Pacientes con tumor exofítico evidente en cervix
- Embarazo confirmado por PIE y / O USG.
- Pacientes con enfermedad de la colágena
- Pacientes con SIDA

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Gestación detectada en el transcurso de su protocolo de estudio.
- Cuando no se encuentre la información en su expediente clínico

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

- Biopsia dirigida por colposcopia.
- Neoplasia Intraepitelial cervical
- Lesión intraepitelial de alto grado de malignidad
- Lesión intraepitelial de bajo grado
- Neoplasia intraepitelial cervical leve . NIC I
- Neoplasia intraepitelial cervical Moderada. NIC II
- Neoplasia intraepitelial cervical severa. NIC III
- Carcinoma invasor
- Cervicitis crónica
- Infección de virus del papiloma humano

VARIABLES INDEPENDIENTES

- Cono cervical

BIOPSIA DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA:

***DEFINICION CONCEPTUAL:** Es la obtención de material para estudio y control histológico de la patología cervical, guiada por colposcopia biopsando zonas francamente neoplásicas o sospechosas colposcopicamente, respetando zonas no sospechosas durante el método.

***DEFINICION OPERACIONAL:** reporte de patología con resultado de lesión escamosa intraepitelial de bajo grado de malignidad (LIBG) ., o lesión escamosa intraepitelial de alto grado .(LIAG).

LESION INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO:

***DEFINICION CONCEPTUAL:** Son las alteraciones celulares causadas por el Virus del papiloma Humano
Así mismo se incluye la displasia leve.

***DEFINICION OPERACIONAL:** citología , histopatología.

***ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa nominal.

LESION INTRAEPITELIAL DE ALTO GRADO:

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Acorde al sistema de clasificación de Bethesda. Son las alteraciones celulares que implican la displasia moderada, la displasia severa o Cancer in situ.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** Citología, histopatología.
- **ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa nominal.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL:

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Espectro de cambios epiteliales cervicales, que en forma inicial se presenta en las células de reserva, que precede al carcinoma invasor del cérvix.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** Displasia Leve NIC I
Displasia moderada NIC II
Displasia Severa NIC III
- **ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa ordinal.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL NIC I

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Alteraciones morfológicas intraepiteliales que ocupan el tercio inferior del epitelio inferior.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** Displasia leve NIC I
- **ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa ordinal.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL II

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Alteración es morfológicas intraepiteliales que ocupan los dos tercios inferiores del epitelio cervical.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** Displasia moderada NIC II
- **ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa ordinal.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL III

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Alteraciones morfológicas intraepiteliales que ocupan todo el espesor del epitelio, sin invasión a la membrana basal.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** NIC III, displasia severa y Carcinoma in situ,
- **ESCALA DE MEDICION:** cualitativa ordinal.

CARCINOMA INVASOR

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** alteración morfológica epitelial que ocupa todo su espesor , rompe la membrana basal e invade el estroma.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** Lesión cervical microscópica visualizada clínicamente, citología clase V
- **ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa ordinal.

CERVICITIS CRONICA

- **DEFINICION CONCEPTUAL:** Infección caracterizada por células inflamatorias crónicas en el estroma subepitelial cervical.
- **DEFINICION OPERACIONAL:** Citología, histopatología
- **ESCALA DE MEDICION:** Cualitativa ordinal

VARIABLES DEPENDIENTES

CONO CERVICAL

Extirpación quirúrgica, ya sea corte en frío o laser de CO2 de un cono de tejido cervical cuya base pasa por el lado externo de área yodonegativa con lugol y cuyo vértice tiene una altura diversa, según el nivel de la lesión en el canal cervical.

METODOLOGIA

Pacientes derechohabientes del IMSS con PAP clase III, IV o V fueron derivadas a tercer nivel servicio de ginecología, Clínica de displasias, se realizo revisión de laminillas de la citología en caso necesario en el departamento de citología exfoliativa para confirmar diagnostico de envío.

Se les realizo historia clínica y Exploración física, donde se obtuvieron la variables demográficas y factores de riesgo.

Cita posterior a estudio colposcopico, con microscopio estereoscopico para visualización cervical con luz brillante e intensa y amplificación de 6-40 X se visualizará la zona de transformación escamocolumnar, el ectocervix y la vagina, se realizaran visualizaciones en fresco, con ácido acético y lugol.

En fresco se aplica solución salina con la finalidad de humedecer el cérvix y retirar el moco cervical.

Con ácido acético al 3% para eliminar el moco y facilitar la visualización de la hendiduras y pliegues del epitelio columnar, elimina en forma provisional el agua de las células y en el sitio donde existe una densidad nuclear elevada como en el caso de epitelio escamosos inmaduro, displasia o carcinoma in situ, el epitelio se vuelve blanco en un área bien delimitada, visualización posterior con filtro verde de los vasos.

Aplicación de lugol (yodo metaloide 1gr, yoduro de potasio 2 gr y agua destilada 100ml), lo básico es ver la captación del lugol por las células cilíndricas ,(indicador también de niveles estrogenicos).

Toma de biopsia dirigida en los sitios donde haya alteración de la angioarquitectura, de alteración en el contorno, áreas no teñidas por el lugol, de tal forma que se elija el sitio más sospechoso de malignidad.

La pinza utilizada para la biopsia es la de kevorkian.

La muestra de biopsia debe de contener estroma, aproximadamente 2-3 milímetros de profundidad, en caso de sangrado se utiliza solución de monsel para realizar la hemostasia . (sulfato férrico 1 gr más 100 ml de agua destilada).

La muestra de biopsia se fija en formol.

Se recaban los resultados de anatomía patológica, acorde a los mismo en valoración conjunta del servicio, se define si es candidata a cono cervical, el cuál se realizará con bisturí frío cono con asa.

CONSIDERACIONES ETICAS

Dado a que el estudio no requiere ninguna intervención y solo se obtendrá información de los reportes histopatológicos e historiales medico, no se solicitara consentimiento informado a las pacientes.

Se solicito autorización de los jefes de servicio de Ginecología y Patología, por lo que consideramos un trabajo factible desde el punto de vista ético.

El estudio esta sujeto a los principios de la declaración de Helsinki modificado en Tokio en 1975 y de acuerdo al artículo 5°. Artículos 96-103 de la ley general de salud de los Estados Unidos Mexicanos de 1993, no daña la integridad física y moral de las personas.

ESTADISTICA

Se Determinaran la sensibilidad y especificidad con tablas de 2x2

Se determinarán el valor predictivo positivo y negativo con tablas de 2x2

Medición de factores de riesgo “Razón de los productos cruzados “ (Razón de momios)

RESULTADOS

Se incluyeron 82 pacientes, de Marzo de 1988 a Marzo del 2000, el promedio de la edad fue de 46 años, con un rango de 25 a 78 años, de los cuáles el inicio de vida sexual fué en mayor porcentaje a los 16 años, más del 50% de la pacientes presentaron algún grado de obesidad.

El 69.5% de las pacientes refirieron una sola pareja sexual, el 68.3% cuentan con escolaridad primaria o menor, el mayor porcentaje de números de gestas fue de tres con un 17%.

La tabla I presenta los resultados histopatológicos obtenidos con biopsia y cono cervical. Por cono se diagnosticaron como normal el 8.5%, como LIBG un 14.6%, como LIAG el 62.2% e invasoras el 14.6%.

Por biopsia se reportaron como normal un 12.2%, LIBG el 6.1%. Como LIAG el 80.5% e invasor el 1.2%.

La sensibilidad de la biopsia dirigida por colposcopia fue de 15.7 y una especificidad de 80.0. Ver tabla II

El valor predictivo positivo fue de 20 % y un valor predictivo negativo de 75.%

Así mismo dentro de los factores de riesgo analizados en este estudio determinamos que el único factor de riesgo fue el inicio de vida sexual activa a los 17 años con un OR de 2.1 con un intervalo de confianza de .96 – 4.6.

Los demás factores tales como numero de gestas, edad del primer parto, tabaquismo no fueron significativos, ver tabla III.

Dentro de los datos clínicos, encontramos a la exploración con espejo vaginal en primer término a la hiperemia periorificial, seguido de la visualización normal del cérvix y en tercer termino la leucorrea, con lo cuál encontramos que no hay signos clínicos que puedan orientar con precisión al diagnostico del NIC.

No se reportan complicaciones en la toma de la biopsia dirigida por colposcopia, ni en la realización del cono cervical; los procedimientos de cono con asa se realizaron en su totalidad bajo anestesia local, en la mayoría de las pacientes el uso concomitantes de un analgésico vía oral, en todos los casos fue un procedimiento ambulatorio. En el caso de cono con bisturí frío el promedio de hospitalización fue de 24 horas aproximadamente.

Las pacientes a las que se les detectó un cáncer cervicouterino invasor en etapas mayores a IA2 fueron derivadas al servicio de oncología, todas fueron catalogadas en etapa clínica Ib1, pero solo una paciente fue candidata a histerectomía radical o PIVER III, las demás dado factores de riesgo como edad, obesidad, patologías sistémicas asociadas, fueron manejadas con radioterapia.

Aproximadamente el 70% de las pacientes fueron o ameritaron manejo conservador, es decir solo realización del cono y posterior control con citología exfoliativa y colposcopia, al determinarse libre de enfermedad se derivaron a primer o segundo nivel, el 30% restante se les realizó histerectomía complementaria con rodete vaginal, solo una se realizó vía vaginal, en una de estas pacientes la indicación fue una miomatosis uterina sintomática concomitante, y una paciente no aceptó el procedimiento.

Más del 50% de estas pacientes sometidas a histerectomía se identificó en la pieza quirúrgica (útero) NIC residual, en uno de estos casos presencia de un cáncer microinvasor.

TABLA 1
CORRELACION HISTOPATOLOGICA DE LA BIOPSIA DIRIGIDA Y EL
CONO

		DX CONO				TOTAL
		NORMAL	LIBG	LIAG	INASCOR	
DX BIOPSIA	NORMAL	1	1	7	1	10 12.2%
	LIBG	1		4		5 6.1%
	LIAG	5	11	40	10	66 80.5%
	INASCOR				1	1 1.2%
TOTAL		85% 7	14% 12	62% 51	14% 12	100% 82

LIBG: Lesión intraepitelial de bajo grado.
 LIAG: Lesión intraepitelial de alto grado.

TABLA II
SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA BIOPSIA
DIRIGIDA POR COLPOSCOPIA

BIOPSIA		CONO	
		LIBG -	LIAG +
		3 a	b 12
	LIBG - LIAG +	16 c	d 51
		19	63

SENSIBILIDAD: $\frac{a}{a + c} = 15.78$

ESPECIFICIDAD : $\frac{d}{b + d} = 80.00$

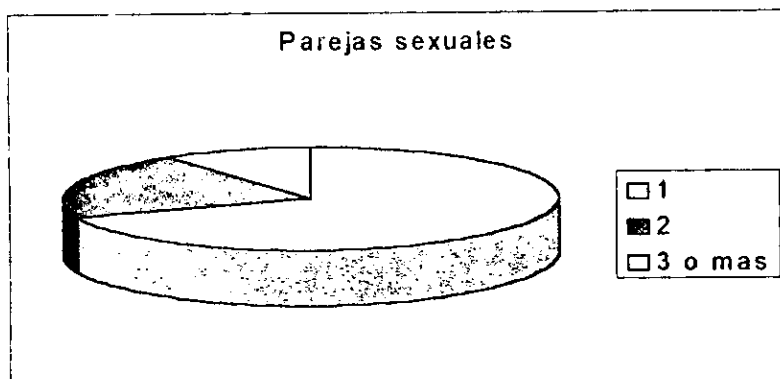
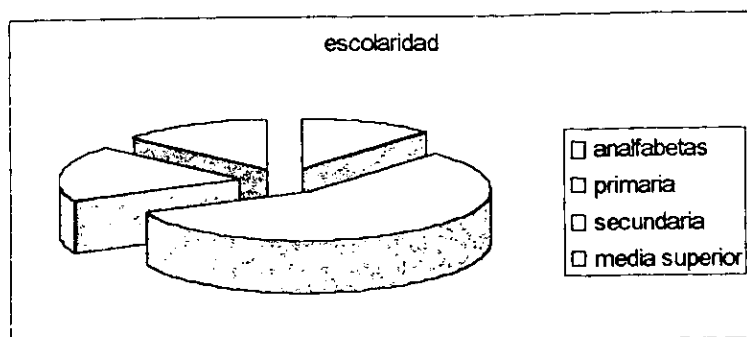
TABLA III

Factores de riesgo

Factor de riesgo	Riesgo estimado	Intervalo de confianza 95%
Ivsa 18	1: .819 2: 1.508	.5 - 1.1 .670 a 3.395
Ivsa 17	1 .60 2 2.11	.410 a .887 .964 a 4.624
# parejas sexuales 1= 1 2= 2 o más	1 1.021 2 0.955	0.722 a 1.443 0.446 a 2.044
Edad de primer gesta 1=17 o men 2=18 o más	1 0.641 2 1.261	0.329 a 1.244 0.835 a 1.904
Gestaciones 1= 0a 3 2=4 o más	1 0.955 2 1.021	.446 a 2.044 .722 a 1.443
Partos 1= 4 o mas 2=3 o -	1.374 .663	.827 a 2.282 .385 a 1.143
escolaridad	1.387 0-570	.883 a 2.181 .305 a 1.063
tabaquismo	1 .804 2 1.090	0.367 a 1.764 0.778 a 1.528
VPH	1 1.106 2 .905	.615 a 1.877 .549 a 1.490

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FACTORES DEMOGRAFICOS



CONCLUSIONES

La biopsia dirigida por colposcopia y el cono cervical son métodos eficaces y ampliamente utilizados en el diagnostico temprano de cáncer cervicouterino.

Apreciamos en este estudio que la sensibilidad de la biopsia fue más baja de lo esperado; esto puede ser debido a multiples factores: como una toma inadecuada de la muestra, falla en la fijación de la muestra, interpretación, tamaño de la muestra (sin incluir estroma, no visualización de la membrana basal).

Así mismo dado la correlación de los hallazgos de la biopsia y el cono después de una biopsia positiva a una LIAG es necesaria la realización de un cono cervical .

Encontramos un 14% de resultados falsos negativos; estos falsos negativos son muy altos que pueden ser de origen multifactorial ,como la experiencia del colposcopista en la toma de la muestra, procesamiento de la muestra, artefactos por el empleo de asa que puede confundir la lectura del patólogo.

El 19.7% en donde la biopsia indicó que hubo lesión en el cono no se demostró de forma similar, esto puede atribuirse a una toma errónea, mal procesamiento de la muestra, excisión total de la lesión en la toma de la biopsia, regresión espontánea de la lesión cervical al incrementarse la acción del sistema inmunológico ante una agresión.

La sensibilidad de la biopsia dirigida por la colposcopia como ya se comento fue sumamente baja por lo cuál, aún cuando la biopsia descarte una lesión y se tenga como antecedente una citología de alto grado, esta plenamente justificada la realización del cono.

Así mismo considerar, el manejo de estas pacientes con la realización directa de un cono cervical omitiendo la biopsia podría disminuir el tiempo de diagnostico y tratamiento.

La colposcopia es solo un método de apoyo ya que no es diagnostica. El resultado citológico en comparación con el resultado del cono fue mayor la correlación que con la biopsia.

Corroboramos como en la literatura mundial se ha reportado que el inicio de vida sexual temprana en esta población a los 17 años, es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer cervicouterino.

Los esfuerzos por detectar el cancer cervicouterino en etapas premalignas o invasión temprana continúa siendo lo primordial. De esta forma el cono representa un importante método diagnostico .Con respecto a la biopsia es util basicamente en el diagnostico y manejo primordialmente de las LIAG.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Trejo Solorzano, González Iñiguez. Tratamiento de la Neoplasia intraepitelial cervical con laser CO2. Ginecología y obstetricia de México. 1991; volumen 59.Pp: 112-116.
- 2 Robles Vidal, "Cancer cervicouterino". Cirujano General . Vol. 21. Núm.1 .1999.Pp.112-116
- 3 De Palo G,Vecchione. Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino . Colposcopia y patologia del tracto genital inferior. Editorial Panamericana 1er edición. 1992. Pp: 235- 275.
- 4 Sereno G.Beatriz ; La interpretación citológica del frotis cervicovaginal. Medicina en Ginecología , obstetricia y perinatología . Hospital de Ginecobstetricia num 3 CMN La Raza. Pp: 157-169.
- 5 Guía para el diagnostico y tratamiento de la displasia y cáncer cervicouterino. IMSS.Julio 1988 .Pp:1- 37.
- 6 Soegaard Andersen.MD."Laser Conization : the results of treatment of cervical intraepitelial neoplasia . Gynecologic Oncology, Vol. 54 . 1994.Pp: 201-204.
- 7 Ann Tabor. Cold Knife and laser conization for cervical intraepitelial neoplasia .Obstetrics and Gynecologic. Vol.76, Num.4, Octubre 1990.Pp: 633-635.
- 8 Baggish, MD. A Ten Year experience trating cervical intraepitelial neoplasia whith the CO2 Laser. Am J Obstet Gynecol , Vol. 161, num.1. julio 1989. Pp: 60-68.

9 J.L.Benedet.MD. results of conservative management of cervical intraepithelial neoplasia . Obstetrics and Gynecology. Vol. 79, num. 1. Enero .1992.Pp: 105- 109

¹⁰ Alvarez,MD.Prospective Randomized trial of LLETZ versus Laser ablation in patients with cervical intraepithelial neoplasia. Gynecologic Oncology . Num 52 .1994.Pp: 175-179.

11 Soegaard Andersen, M.D.The reability of preconization diagnostic evaluation in patients with cervical intraepithelial neoplasia and microinvasive carcinoma. Gynecologic Oncology 59.1995 .Pp:143-147.

12 Helkjaer ,P.Outpatient CO2 Laser excisional conization for cervical intraepithelial neoplasia under local anesthesia.Acta Obstetricia et Gynecologica scandinavica.1993;Vol 72.Pp:302-306.

13 A.G.Shumsky,M.D.Carcinoma of the cervix following conservative management of cervical intraepithelial Neoplasia.Gynecologic oncologic.Vol.53. 1994.Pp: 50-54.